

# Inhalt

## Inhalt I

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>1 Einführung .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Alkoholismus .....</b>	<b>11</b>
2.1 Begriffsbestimmung.....	11
2.2 Alkoholismus in Deutschland.....	11
2.3 Diagnose .....	14
2.4 Verlauf.....	15
a. „Präalkolische Phase .....	15
b. Prodomalphase .....	16
c. Kritische Phase .....	16
d. Chronische Phase .....	16
2.5 Typologie.....	16
2.6 Folgen .....	17
2.7 Rückfallproblematik .....	19
<b>3 Integrierte Versorgung.....</b>	<b>20</b>
3.1 Verträge zur Integrierten Versorgung (IV).....	20
3.2 Die Integrierte Versorgung Sucht.....	21
3.2.1 Die Integrierte Versorgung Sucht als Arbeitsschwerpunkt der Sozial- und Gesundheitsberatung der IKK Nord .....	22
3.2.2 Die Rolle der Casemanager in der Integrierten Versorgung Sucht.....	25
3.2.3 Teilnehmerentwicklung der IV Sucht .....	26
<b>4 Evaluation der IV Sucht.....</b>	<b>28</b>

4.1	<i>Vorgehensweise bei der Evaluation</i> .....	28
4.2	<i>Auswertung der Erstbefragung</i> .....	29
4.2.1	Soziale Daten .....	29
4.2.1.1	Geschlecht .....	29
4.2.1.2	Altersstruktur .....	29
4.2.1.3	Familiäre Situation.....	30
4.2.1.4	Berufliche Situation.....	31
4.2.1.5	Erstansprache .....	32
4.2.2	Qualitätssicherung.....	33
4.2.2.1	Anzahl der Entzüge im letzten Jahr .....	33
4.2.2.2	Anzahl der Entzüge im letzten Quartal.....	34
4.2.2.3	Beanspruchte Hilfen .....	34
4.2.2.4	Aufgetretene Probleme.....	36
4.2.3	Beschwerden.....	37
4.2.4	Lebenszufriedenheit .....	38
4.2.5	Coping.....	40
4.3	<i>Auswertung der Nachbefragung</i> .....	42
4.3.1	Soziale Daten .....	42
4.3.1.1	Geschlecht .....	42
4.3.1.2	Familiäre Situation.....	43
4.3.1.3	Berufliche Situation.....	43
4.3.2	Qualitätssicherung.....	44
4.3.2.1	Anzahl der Entzüge im letzten Jahr .....	44
4.3.2.2	Anzahl der Entzüge im letzten Quartal.....	45
4.3.2.3	Beanspruchte Hilfen .....	45
4.3.2.4	Aufgetretene Probleme.....	46
4.3.3	Beschwerden.....	48
4.3.4	Lebenszufriedenheit .....	49
4.3.5	Coping.....	50
4.4	<i>Direkter Vergleich</i> .....	51
4.4.1	Soziale Daten .....	51
4.4.1.1	Geschlecht .....	51
4.4.1.2	Altersstruktur .....	52
4.4.1.3	Familiäre Situation.....	52
4.4.1.4	Berufliche Situation.....	53
4.4.2	Qualitätssicherung.....	54
4.4.2.1	Entzüge im letzten Jahr .....	54
4.4.2.2	Entzüge im letzten Quartal .....	55
4.4.2.3	Beanspruchte Hilfen .....	55
4.4.2.4	Aufgetretene Probleme.....	57

4.4.3	Beschwerden.....	58
4.4.4	Lebenszufriedenheit .....	60
4.4.5	Coping.....	61
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>63</b>
<b>Literatur</b>		<b>65</b>
<b>Selbstständigkeitserklärung.....</b>		<b>67</b>
<b>Anhang</b>		

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Teilnahmeentwicklung .....	27
Abbildung 2: Auftreten von Beschwerden .....	38
Abbildung 3: Verteilung der Stufen .....	39
Abbildung 4: Ausgangssituation Coping .....	41
Abbildung 5: Häufigkeit der Beschwerden .....	49
Abbildung 6: Anteile der Stufen- Nachbefragung .....	49
Abbildung 7: Die Verteilung des Coping .....	50
Abbildung 8: Beanspruchte Hilfen im direkten Vergleich.....	56
Abbildung 9: Aufgetretene Probleme im direkten Vergleich .....	57
Abbildung 10: Vergleich der Mediane .....	61
Abbildung 11: Entwicklung Coping in Prozent .....	61

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000: F10 .....	13
Tabelle 2: Versicherte der IKK Nord in M-V mit einer F10-Diagnose .....	14
Tabelle 3: Typologie der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek .....	17
Tabelle 4: Die körperlichen Folgen von Alkoholmissbrauch- und Abhängigkeit.....	18
Tabelle 5: Die Teilnehmerentwicklung .....	27
Tabelle 6: Anteil der Männer und Frauen.....	29
Tabelle 7: Verteilung der Altersklassen .....	29
Tabelle 8: Anteile der familiären Situation.....	30
Tabelle 9: Die berufliche Situation .....	31
Tabelle 10: Der Ort der Erstsprache .....	32
Tabelle 11: Initiative für Erstsprache.....	32
Tabelle 12: Anzahl der Entzüge im letzten Jahr.....	33
Tabelle 13: Anzahl der Entzüge im letzten Quartal .....	34
Tabelle 14: Verteilung der Anzahl der Hilfen.....	34
Tabelle 15: Häufigkeit der Beanspruchung .....	35
Tabelle 16: Verteilung der Anzahl der Probleme.....	36
Tabelle 17: Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Problembereiche .....	36
Tabelle 18: Mediane der Beschwerden .....	37
Tabelle 19: Geschlechterverteilung bei der Nachbefragung.....	42

Tabelle 20: Familiäre Situation bei der Nachbefragung .....	43
Tabelle 21: Berufliche Situation bei der Nachbefragung .....	43
Tabelle 22: Entzüge im letzten Jahr vor der Nachbefragung.....	44
Tabelle 23: Entzüge im letzten Quartal vor der Nachbefragung .....	45
Tabelle 24: Verteilung der Anzahl Hilfen- Nachbefragung.....	45
Tabelle 25: Häufigkeit der Beanspruchung .....	46
Tabelle 26: Anzahl der Probleme- Nachbefragung .....	46
Tabelle 27: Häufigkeit der Problembereiche .....	47
Tabelle 28: Mediane der Beschwerden- Nachbefragung .....	48
Tabelle 29: Geschlechterverteilung im direkten Vergleich .....	51
Tabelle 30: Altersstruktur im direkten Vergleich.....	52
Tabelle 31: Familiäre Situation im direkten Vergleich .....	52
Tabelle 32: Berufliche Situation im direkten Vergleich .....	53
Tabelle 33: Entzüge in den letzten 12 Monaten .....	54
Tabelle 34: Vergleich der Entzüge im letzten Quartal .....	55
Tabelle 35: Beanspruchte Hilfen im direkten Vergleich.....	55
Tabelle 36: Aufgetretene Probleme im direkten Vergleich .....	57
Tabelle 37: Vergleich der Mediane .....	59
Tabelle 38: Anteile der Stufen .....	60

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ALG</b>	Arbeitslosengeld
<b>Gbe</b>	Gesundheitsberichterstattung
<b>IKK Nord</b>	Innungskrankenkasse Nord
<b>IV</b>	Integrierte Versorgung
<b>M-V</b>	Mecklenburg-Vorpommern
<b>SuG</b>	Sozial- und Gesundheitsberatung
<b>z.B.</b>	zum Beispiel





# 1 Einführung

Suchtforschung bzw. Suchttherapie ist ein Bereich der Medizin, der immer wieder viele neue Erkenntnisse mit sich bringt und im Vergleich zu anderen medizinischen Themen noch eher unerforscht ist. Alkoholismus und schädlicher Alkoholkonsum sind nachgewiesen die Ursachen für erhöhte Mortalität und Morbidität.

Um den besonderen Bedürfnissen von Alkoholkranken gerecht zu werden und diese auf ihren Weg aus der Sucht nachhaltig zu unterstützen, hat die Innungskrankenkasse Nord die Integrierte Versorgung Sucht entwickelt. In Zusammenarbeit mit Fachärzten, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen wird versucht, den Teilnehmern einen fließenden und niederschweligen Übergang zwischen den Stufen des Suchthilfesystems zu verschaffen.

Im Hinblick auf das Bestreben der Krankenkassen, Kosten einzusparen bzw. nicht unnötig auszugeben, unterliegt die IV Sucht einer regelmäßigen Überprüfung. So soll die Effektivität des Programmes sichergestellt werden und neue Anregungen für Veränderungen innerhalb des Programmes gesammelt werden. Die Effektivität lässt sich jedoch nicht nur in den Kosten erkennen. Untersuchungen haben ergeben, dass die persönliche Lebenssituation oder auch kritische Lebensereignisse Indikatoren für ein erhöhtes Rückfallrisiko und damit für einen nicht erfolgreichen Verlauf der Suchttherapie sein können.<sup>1</sup> Um die individuelle Einschätzung der Teilnehmer zu erfahren, haben diese zu zwei verschiedenen Zeitpunkten Evaluationsbögen ausgefüllt. Die Bögen beinhalten Themen zur persönlichen Lebenssituation der Versicherten, zu Beschwerden oder auch zur Qualitätssicherung.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie sich die Angaben der Teilnehmer verändert haben und welche Zusammenhänge eventuell bestehen. Ziel ist es, herauszustellen, ob die IV eine effektive Möglichkeit darstellt, mit dem Problem

---

<sup>1</sup>[http://www.fhschmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit\\_chronischer\\_Stress\\_psychische\\_und\\_interpersonale\\_Probleme\\_bei\\_trockenen\\_Alkoholikern.pdf](http://www.fhschmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit_chronischer_Stress_psychische_und_interpersonale_Probleme_bei_trockenen_Alkoholikern.pdf) Stand 27.06.11

„Alkoholismus“ umzugehen. Nach einer allgemeinen Einführung in das Thema „Alkoholismus“ folgt die Vorstellung der IV Sucht. Anschließend werden die Evaluationsbögen in drei Abschnitten bearbeitet. Zuerst erfolgt die Auswertung der Ausgangssituation, dann die Auswertung der Nachbefragung und anschließend ein direkter Vergleich. In allen drei Abschnitten wird die Reihenfolge der Fragebögen eingehalten, um die Übersicht zu gewährleisten. Abschließend erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse und ein Ausblick für die IV Sucht.

## 2 Alkoholismus

### 2.1 Begriffsbestimmung

Unter Alkoholkrankheit versteht man durch regelmäßiges und übermäßiges periodisches Trinken von Alkohol hervorgerufene chronische Krankheit, die zu körperlichen, psychischen und sozialen Schäden führt.<sup>2</sup> Alkoholismus entsteht aus einem Bündel psychischer, sozialer und genetischer Bedingungen. Es muss allerdings unterschieden werden zwischen den gewohnheitsmäßigen, nicht abhängigen Konsumenten und dem Alkoholkranken.<sup>3</sup> Beim Alkoholkonsum wird weiterhin unterschieden zwischen Abstinenz, risikoarmem Konsum, riskantem Konsum und gefährlichem bzw. Hochkonsum.<sup>4</sup>

### 2.2 Alkoholismus in Deutschland

In Deutschland hat sich der Alkoholkonsum pro Kopf in den vergangenen drei Jahrzehnten rückläufig entwickelt.<sup>5</sup> Dennoch liegt Deutschland im internationalen Vergleich auf Spitzenpositionen. Die Daten über den Gesamtalkoholkonsum sagen jedoch nichts über die Trinkmuster und alkoholbezogene Probleme aus, denn die Indikatoren für riskanten Alkoholkonsum sind die Konsumgrenzen von 20g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 30 g für Männer.<sup>6</sup> Überschreitungen dieser Grenzen können zu gesundheitlichen Schäden führen. Laut des Bundesgesundheitsurvey von 1998 ist der Alkoholkonsum bei Männern und Frauen im mittleren Lebensalter um 50 Jahre am

---

<sup>2</sup> [www.gbe-bund.de/glossar/Alkoholkrankheit.html](http://www.gbe-bund.de/glossar/Alkoholkrankheit.html); 14.09.2010

<sup>3</sup> ebenda

<sup>4</sup> Alkohol und Tabak- Grundlagen und Folgeerkrankungen; Manfred V. Singer, Anil Batra, Karl Mann; Thieme Verlag Stuttgart New York 2011

<sup>5</sup> Heft 40 – Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt, Berlin Mai 2008

<sup>6</sup> ebenda

höchsten. Eine weitere Studie besagt, dass riskanter Konsum bei Männern viermal so häufig vorkommt wie bei Frauen.<sup>7</sup> Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ziehen gesundheitliche Folgen mit sich, die hohe Kosten im Gesundheitswesen verursachen. In Deutschland muss bei über 2,5 Millionen Menschen von einer behandlungsbedürftigen Alkoholkrankheit mit massiven gesundheitlichen und sozialen Schäden gesprochen werden. Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren schätzt etwa 10% der Bevölkerung als stark alkoholgefährdet ein.<sup>8</sup> Amtlichen Angaben zufolge entsteht jährlich ein volkswirtschaftlicher Schaden von 8,7 Milliarden Euro, hervorgerufen durch Alkoholkrankheit. Andere Quellen gehen von Beträgen über 15 Milliarden Euro aus. Mecklenburg-Vorpommern hat im Vergleich vor allem in den jüngeren Altersgruppen eine drastisch erhöhte Krankenhaushäufigkeit aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen. Nach Schätzungen des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern rechnet man mit landesweit 80.000 bis 90.000 Alkoholikern.<sup>9</sup>

Tabelle 1 bezieht sich auf Deutschland und zeigt laut ICD10 alle F10 Diagnosen, also psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, die in Krankenhäusern behandelt werden mussten. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Fallzahlen insgesamt ansteigen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist ein Zuwachs zu erkennen. Die Behandlung in den Krankenhäusern hat sich allerdings statistisch gesehen auch verändert. So nimmt die Zahl der Kurzlieger zu, während die durchschnittliche Verweildauer geringer wird. Diese ist innerhalb von acht Jahren um drei Tage gesunken.

Sachverhalt	Jahr								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
insgesamt	278.650	285.753	284.282	286.115	290.864	299.428	298.955	316.119	333.804
männlich	213.332	218.209	216.306	215.936	218.057	223.333	222.530	233.278	245.971
weiblich	65.316	67.537	67.974	70.179	72.806	76.092	76.422	82.840	87.833
Kurzlieger (1 bis 3 Tage)	61.477	64.992	65.209	68.360	73.243	76.844	77.156	83.481	
Stundenfälle	25.911	27.670	27.779	28.936	31.999	35.352	36.578	41.803	45.971
Sterbefälle	475	376	786	379	314	337	305	291	314

<sup>7</sup> Heft 40 – Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt, Berlin Mai 2008

<sup>8</sup> <http://www.gbe-bund.de/glossar/Alkoholkrankheit.html>; 14.09.2010

<sup>9</sup> aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V

durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	11,6	10,8	10,5	10,2	9,2	8,7	8,6	8,5	8,1
-------------------------------------------------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----

Tabelle 1: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000: F10<sup>10</sup>

Die Innungskrankenkasse Nord, kurz IKK Nord, ist als gesetzliche Krankenversicherung eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Krankenkasse mit Hauptsitz in Lübeck entstand 2006 durch die Fusion der Innungskrankenkassen Schleswig-Holsteins und Mecklenburg-Vorpommerns zur IKK Nord. Die Krankenkasse hat 233.000 Versicherte aus 37.000 Betrieben im Handwerk und anderen Branchen.

Es wurden Zahlen erhoben, die diejenigen Mitglieder angeben, die an psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol leiden (Tabelle 2). Die meisten alkoholkranken Versicherten der IKK Nord in Mecklenburg-Vorpommern leben prozentual laut MorbiRSA Prävalenz 2008 in Stralsund, Wismar, Rostock und Schwerin. Im Schnitt liegt der Anteil der alkoholkranken Versicherten in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten bei 3,65%. Das entspricht einer Gesamtzahl von 3.864 Versicherten mit der Diagnose Alkoholismus.

Ort/Landkreise	Versicherte	Anzahl Versicherte	Anteil
Ergebnis	6.743	221.437	3,05%
Schleswig-Holstein	2.879	115.590	2,49%
Mecklenburg- Vorpommern	3.864	105.847	3,65%
Greifswald	100	2.699	3,71%
Neubrandenburg	133	3.438	3,87%
Rostock	373	7.787	4,79%
Schwerin	266	5.550	4,79%
Stralsund	158	2.742	5,76%
Wismar	131	2.725	4,81%
Doberan	239	7.321	3,26%

<sup>10</sup> <http://www.gbe-bund.de/glossar/Alkoholkrankheit.html>; 14.09.2010

Demmin	191	5.320	3,59%
Güstrow	256	6.862	3,73%
Ludwigslust	237	11.370	2,96%
Mecklenburg-Strelitz	120	4.666	2,57%
Müritz	157	4.316	3,64%
Nordvorpommern	160	5.713	2,80%
Nordwest- Mecklenburg	340	9.428	3,61%
Ostvorpommern	224	6.922	3,24%
Parchim	313	8.092	3,87%
Rügen	178	5.486	3,24%
Uecker-Randow	188	5.410	3,46%

Tabelle 2: Versicherte der IKK Nord in M-V mit einer F10-Diagnose

## 2.3 Diagnose

Die eindeutige Diagnose der Alkoholkrankheit ist von großer Bedeutung vor allem wegen der Verfälschungs- und Verleugnungstendenzen der Betroffenen. Die beiden führenden Klassifikationssysteme ICD-10 der WHO und DSM-IV der American Psychiatric Association gehen von einem Symptomcluster aus. Das heißt, nicht ein einzelnes und spezifisches, sondern jeweils mehrere Symptome sind notwendig und auch ausreichend um die Diagnose zu sichern.<sup>11</sup>

Nach dem Konzept von Edward und Gross von Missbrauch und Abhängigkeit werden verschiedene Konsummuster unterschieden. Zum einen gibt es den schädlichen Gebrauch, ein Konsumverhalten, das zu körperlichen und psychischen Gesundheitsschädigungen führt und zum anderen gibt es das Abhängigkeitssyndrom, welches eine Gruppe körperlicher, verhaltens- und kognitiver Phänomene umfasst. Der Konsum steht für die Betroffenen im Vordergrund. Untersuchungen zur Validität des Abhängigkeitssyndroms haben gezeigt, dass die Merkmale eine hohe Interkorrelation haben, auf einem gemeinsamen Faktor laden und weitgehend unabhängig von den

<sup>11</sup> Alkohol und Tabak- Grundlagen und Folgeerkrankungen; Manfred V. Singer, Anil Batra, Karl Mann; Thieme Verlag Stuttgart New York 2011

Folgeschäden sind, was für die Unidimensionalität des Syndroms spricht.<sup>12</sup> Für die Homogenität spricht die zunehmende Anzahl der Symptome mit zunehmendem Schweregrad der Abhängigkeit. Es muss eine definierte Menge an konsumiertem Alkohol vorliegen, um die Diagnose Missbrauch oder Abhängigkeit zu rechtfertigen.

Die Diagnose Abhängigkeit wird laut ICD-10- Klassifizierung gestellt, wenn drei der sechs Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom erfüllt sind:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginns, der Beendigung des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranz
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen

## 2.4 Verlauf

Bezogen auf Kontrollverlust und Abstinenzverlust hat Jellinek den Alkoholismus und die Betroffenen in Phasen eingeteilt. Er formuliert vier Phasen für den Prozess der Entwicklung einer Abhängigkeit.

### a. „Präalkolische Phase

- Alkohol zum Reduzieren von Spannung
- Alkoholkonsum in oder nach Stress- und Frustrationssituationen
- Problemtrinken zur kurzfristigen und vordergründigen Erleichterung massiver Probleme

---

<sup>12</sup> Alkohol und Tabak- Grundlagen und Folgeerkrankungen; Manfred V. Singer, Anil Batra, Karl Mann; Thieme Verlag Stuttgart New York 2011

## b. Prodromalphase

- das Trinken geschieht zunehmend heimlich
- vermehrte Schuld- und Schamgefühle bezüglich des Trinkverhaltens
- vermehrtes Denken an Alkohol
- häufige Rausche mit anschließenden Erinnerungslücken

## c. Kritische Phase

- Kontrollverlust
- kurzfristige Kontrollversuche des Alkoholkonsums
- massive psychische, soziale und somatische Auswirkungen

## d. Chronische Phase

- längere, mehrere Tage andauernde Rausche
- Abbau ethischer Werte und sozialer Deklassierung
- zunehmende körperliche Folgen, die unbehandelt zum Tod führen
- starke neuropsychologische Schädigungen<sup>13</sup>

## 2.5 Typologie

Neben der Phase innerhalb des Krankheitsverlaufes ist auch das individuelle Trinkmuster entscheidend für das Trinkverhalten und um den Alkoholismus genau zu beschreiben. Hier hat Jellinek die Typologie des Alkoholismus entwickelt.

Alpha-Typ	Beta-Typ	Gamma-Typ	Delta-Typ	Epsilon-Typ
Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker	Gelegenheitstrinker	süchtiger Trinker	rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum	episodischer Trinker
Abhängigkeit nur psychisch	weder psychische noch körperliche Abhängigkeit	zuerst psychische, dann körperliche Abhängigkeit	psychische Abhängigkeit	psychische Abhängigkeit

<sup>13</sup> Schriftreihe der Hochschule Neubrandenburg Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit Reihe C Band 19 Soziale Defizite und unzureichende Lebensbewältigung als Determination der Lebenszufriedenheit alkoholkranker Männer in Ostvorpommern, Dargestellt am Beispiel einer Stichprobe und unter Hinzunahme zweier Referenzgruppen; Barbara Wedler, Neubrandenburg 2004, Seite 37



kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken mit Fähigkeit zur Abstinenz	kein Kontrollverlust	Kontrollverlust mit Phasen der Abstinenz	keine Abstinenz, kein Kontrollverlust	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------	------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------

Tabelle 3: Typologie der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek<sup>14</sup>

## 2.6 Folgen

Das Bewusstsein, dass Alkoholkonsum nicht zur Abhängigkeit führen kann, sondern auch eine Reihe von gesundheitlichen, ökonomischen und sozialen Auswirkungen haben kann, hat sich in Deutschland in den letzten Jahren geschärft. Die körperlichen Schäden des Alkoholismus werden größtenteils hervorgerufen durch Azetaldehyd, ein giftiges Stoffwechselprodukt, welches beim Abbau von Alkohol in der Leber entsteht. Wird die Krankheit nicht behandelt, führt sie meist zum Tod. Zu den gesundheitlichen Problemen, die durch Alkoholismus ausgelöst werden können, zählen diverse Krebsarten, neurologische und psychische Störungen, kardiovaskuläre und Magen-Darm-Krankheiten, perinatale Erkrankungen und Alkoholvergiftungen. Zu den geistig-seelischen Komponenten zählen die Störungen des Langzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, die gesteigerte Ermüdbarkeit oder auch stark wechselnde Stimmungen. Neben den vielen körperlichen Schädigungen ist die Alkoholkrankheit auch Ursache sozialer Folgen. Zu den sozialen und gesellschaftlichen Folgen können unter anderem starke Störungen von Personen-, Sozial- und Arbeitsbeziehungen, sowie Unfälle und Gewalt gehören. Tabelle 4 zeigt, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit alle Organe des menschlichen Körpers auf lange Sicht schädigt.

<sup>14</sup> Alkohol und Tabak- Grundlagen und Folgeerkrankungen; Manfred V. Singer, Anil Batra, Karl Mann; Thieme Verlag Stuttgart New York 2011, Seite 506

Organsystem/Funktionsbereiche	Frühfolgen	Spätfolgen
Leber	Transaminasen- und GGT-Erhöhung	Fettleber, alkoholische Hepatitis (ASH), Zirrhose, hepatozelluläres Karzinom
Pankreas	Akute Pankreatitis	Chronische Pankreatitis, Pankreaskarzinom, Diabetes Mellitus
Herz/Gefäße	Arterielle Hypertonie	Kardiomyopathie, Arrhythmie
Magen/Darm	Gastritis, gastroösophagealer Reflux, Ulcus ventriculi/duodeni	Ösophagusvarizen, Mallory-Weiss-Läsion, Ösophaguskarzinom
Zentrales/peripheres Nervensystem	Kopfschmerzen, periphere Neuropathie	Alkoholentzug, Wernicke-Enzephalopathie, Demenz, zerebrale Autophie, periphere Neuropathie
Fortpflanzungsorgane	Fötales Alkoholsyndrom	Sexuelle Dysfunktion, Amenorrhö, frühe Menopause
Psychiatrische Komorbidität	Depressionen, Angsterkrankungen	Depressionen, Angsterkrankungen
Kopf/Hals		Mundboden-, Zungengrundkarzinom
Skelett	Frakturen	Frakturen

Tabelle 4: Die körperlichen Folgen von Alkoholmissbrauch- und Abhängigkeit<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Alkohol und Tabak- Grundlagen und Folgeerkrankungen; Manfred V. Singer, Anil Batra, Karl Mann; Thieme Verlag Stuttgart New York 2011, Seite 502

## 2.7 Rückfallproblematik

Rückfallprävention ist wichtiger und notwendiger Bestandteil von Suchtarbeit. Der Rückfall wird meist als erneuter Alkoholkonsum nach einer Phase der Abstinenz definiert. In wissenschaftlichen Untersuchungen wird aber über diese enge Definition hinausgegangen. Es werden Trinken und Trinkmuster differenziert, wie z.B. mäßiger Alkoholkonsum, kontrolliertes Trinken oder abstinenter Rückfall. Die Untersuchungen nach Marlatt unterscheiden weiterhin zwischen schwerem Rückfall und Ausrutschen. Entscheidend ist allerdings die subjektive Rückfallempfindung der Abhängigen selbst. So gibt es so genannte „trockene“ Rückfälle, bei denen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen erneut mit dem früheren Trinkverhalten in Verbindung stehen. Der „trockene“ Rückfall ist oft Vorläufer eines „nassen“ Rückfalls.<sup>16</sup>

Therapieergebnisse stationärer Entwöhnungstherapien sind deutlich besser als allgemein häufig angenommen wird und liegen zum Teil deutlich über der Mitte der 1970er Jahre publizierten so genannten 1/3-Quote. Eine 4-Jahres-Katamnese hat eine Abstinenzrate von 46% ergeben. Nach 18 Monaten betrug die Abstinenzrate sogar noch 53%. Eine Meta-Analyse im Jahr 2000 ergab Abstinenzraten einer stationären Entwöhnungstherapie von im Mittel 53% nach einem Jahr, bei allerdings hoher Schwankungsbreite (12% bis 63%). Eine längere Behandlung hat im Durchschnitt zu etwas besseren Ergebnissen geführt. Eine Verkürzung der Therapiedauer ist bis zu einer kritischen Grenze von drei bis vier Monaten im Grundsatz ohne Verlust des Therapieerfolges möglich.

Vergleichsweise effizient sind auch ambulante Entwöhnungstherapien mit einer Abstinenzrate von 46% nach 19 Monaten bzw. 46% nach drei Jahren. Die Effizienz von Selbsthilfegruppen ist klinisch offensichtlich, aber aus methodischen Gründen bislang kaum untersucht worden.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Körkel, J. & Schindler, C. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen Das Strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 2003

<sup>17</sup> Heft 40 – Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt, Berlin Mai 2008

## 3 Integrierte Versorgung

### 3.1 Verträge zur Integrierten Versorgung (IV)

Gemäß §§ 140a-d SGB V können die gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit den verschiedensten medizinischen Leistungserbringern eingehen und den Versicherten somit eine integrierte Versorgung bereitstellen.

Die Integrierte Versorgung umfasst eine Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Das heißt, dass verschiedene Leistungserbringer eine medizinische Versorgung aus einer Hand anbieten.

Die IV soll die Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungssektoren definieren und den Behandlungsverlauf für die Versicherten so reibungslos wie möglich gestalten. Die Krankenkassen können Verträge zur IV mit Hausärzten, Fachärzten, Krankenhäusern, stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, medizinischen Versorgungszentren, Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie Managementgesellschaften schließen.<sup>18</sup>

Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Alle Versicherten haben den Anspruch zur Teilnahme an einem IV Programm, sofern sie die vertraglich definierten medizinischen Einflusskriterien erfüllen. Die Beendigung erfolgt innerhalb festgelegter Kündigungsfristen oder auch mit dem Ende der Behandlung automatisch.

Für Leistungen, die im Rahmen des IV Vertrages in Anspruch genommen werden, sind keine Zuzahlungen erforderlich.

---

<sup>18</sup><http://intranet.ikk-nord.de/typo3/fach-info/integrierte-versorgung-iv/allgemeines-zur-integrierten-versorgung-iv.html#c3299>

In den Verträgen müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten.

Ziele der Integrierten Versorgung:

- verbesserte Abstimmung zwischen den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen (keine belastenden Doppeluntersuchungen)
- Einbindung der Versicherten bei allen Behandlungsschritten
- zügigere Terminvergabe
- Behandlung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- eine auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnittene hochwertige Therapie
- Reduzierung des Verwaltungsaufwandes

## 3.2 Die Integrierte Versorgung Sucht

„Angesichts gravierender Folgeerkrankungen und zunehmender Multimorbidität bei Suchtkranken sowie einer Vielzahl psychosomatischer Störungen, aber auch wegen der allgemeinen Tendenz zu einer gesundheitsschädigenden Lebensweise ist eine Intensivierung qualifizierter, koordinierender psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung erforderlich.“<sup>19</sup>

Aus diesem Grund wurde das Konzept der Integrierten Versorgung Sucht entwickelt, um den Versicherten einen niederschweligen Zugang in das Suchthilfesystem zu gewährleisten. Die notwendige Hilfe soll den Versicherten der IKK Nord durch die Zusammenarbeit mit ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungserbringern zukommen. Der IKK Landesverband Nord hat einen Vertrag mit der Kassenärztlichen

---

<sup>19</sup> internes Konzept-IV-SG 2005 Variante 2 der IKK Nord

Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit Wirkung für die Schwerpunktpraxen Sucht in Rostock, Wismar, Schwerin und Parchim sowie für die teilnehmenden niedergelassenen Ärzte und mit den HELIOS Kliniken Schwerin und der Klinik Schweriner See, Lübsdorf, über die intensiviert suchtttherapeutische Behandlung alkoholbelasteter Patienten abgeschlossen. Die Mitarbeiter der Sozial- und Gesundheitsberatung arbeiten im Rahmen der Integrierten Versorgung Sucht als Casemanager. Durch die abgestimmte Behandlung und die gleiche Bezugsperson über viele Jahre kann eine höhere Therapieakzeptanz geschaffen werden.

### **3.2.1 Die Integrierte Versorgung Sucht als Arbeitsschwerpunkt der Sozial- und Gesundheitsberatung der IKK Nord**

Die Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch durch direkte medizinische und psychotherapeutische Leistungen sind Gegenstand der Integrierten Versorgung (ICD 10: F 10.0-F10.9). Sie beinhaltet die ambulante Versorgung, die stationäre Akutbehandlung und die rehabilitative Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel, eine enge Verknüpfung der ambulanten Behandlung, der stationären Akutbehandlung und der Rehabilitationsbehandlung zu schaffen. Die Integrierte Versorgung gewährleistet eine lückenlose, bei Bedarf nahtlose, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung der eingeschriebenen Versicherten.<sup>20</sup> Eine Behandlungsunterbrechung zwischen den einzelnen Behandlungsmodulen soll vermieden werden. Des Weiteren haben für das Programm der Integrierten Versorgung die Mitarbeiter der Sozial- und Gesundheitsberatung, die für die IV Sucht als Casemanager zuständig sind, eine sehr wichtige Funktion.

Insgesamt umfassen die Behandlungsphasen folgende Module:

#### **I. Modul 1**

##### **Eingangsmodul**

Erstkontakt, Motivation, Beratung, Überweisung an folgenden Leistungserbringer

<sup>20</sup> internes Konzept-IV-SG 2005 Variante 2 der IKK Nord

- II. Modul 2
  - Entzug
    - Entzug ambulant
    - Entzug stationär
  
- III. Modul 3
  - Entwöhnung
    - Stationäre Entwöhnung
    - Teilstationäre Entwöhnung
    - Ambulante Entwöhnung
      - Ambulante Entwöhnung kurz
      - Ambulante Entwöhnung lang
  
- IV. Modul 4
  - Nachgehende ambulante Kontakte
  - Nachbetreuung
  
- V. Modul 5
  - Krisenintervention
  
- VI. Modul 6
  - Evaluationsmodul
    - Evaluation, Dokumentation

#### Ablauf der IV Sucht für den Versicherten

##### „Vorbereitung:

- Gespräche mit einem Arzt, einer Ärztin
- Gespräche mit der Beratungsstelle
- Gespräche mit dem Mitarbeiter, der Mitarbeiterin für die IV Sucht bei der IKK Nord (Casemanager)
- Themen: Befürchtungen, Nöte, Erwartungen
- Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten

- Prüfung des Gesundheitszustandes
- Planung der Behandlungsschritte

#### Körperlicher Entzug

- kann ambulant oder stationär stattfinden
- ist abhängig von der Lebenssituation und vom Gesundheitszustand
- umfangreiche Diagnostik
- Dauer: bis zu 21 Tage

#### Therapie/Entwöhnung

- erfülltes, zufriedenes Leben ohne Suchtmittel, Rückzug und Vermeidung
- Leben gesünder gestalten
- kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden

#### Nachbetreuung

- Stabilisation der Gesundheit
- Nutzen von Kontakten
  - o zum Arzt
  - o zur Institutionsambulanz
  - o zur Beratungsstelle
  - o zur Selbsthilfegruppe
- Meistern eines abstinenter Lebens
- Problembewältigung
- Vorbeugung von Rückfällen

#### Krisen

- Casemanager als Kontaktperson
- Hotline<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Flyer der IKK Nord zum Thema „Wenn Ihnen bewusst wird: Alkohol schadet mir! Was tun?“



### **3.2.2 Die Rolle der Casemanager in der Integrierten Versorgung Sucht**

Die Casemanager sind Mitarbeiter der Sozial- und Gesundheitsberatung der IKK Nord. Am Standort Rostock handelt es sich hierbei um zwei Mitarbeiterinnen mit speziellen Ausbildungen im Umgang mit Suchtkranken.

Die Sozial- und Gesundheitsberatung fungiert als Vermittler von Wissen in Bezug auf die Versorgungsebenen der IV Sucht. In jeder Phase stehen die Casemanager für psychosoziale und sozialrechtliche Beratungen und Unterstützungen bereit. Ziel ist es, die eingeschriebenen Versicherten im Prozess der Ablösung vom Alkohol zu stabilisieren.<sup>22</sup> Der Casemanager ist aber auch ein Vermittler zwischen den Vertragspartnern. Er stimmt sich mit Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern in Bezug auf die Behandlungsabläufe ab. Er übernimmt daher die Fallsteuerung, begleitet die Versicherten durch die einzelnen Behandlungsebenen und Behandlungsmodule und organisiert deren Übergang. Der Casemanager koordiniert den unmittelbaren Übergang von Entzug und Entwöhnung, um größere Wartezeiten an den Schnittstellen der Behandlung zu verhindern.

Des Weiteren sind die Casemanager für die Dokumentation in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zuständig. Falls eingeschriebene Patienten „verloren gehen“, so geht der Casemanager nach angemessener Zeit und Information durch die Leistungserbringer dem Patienten nach.<sup>23</sup>

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Kontaktpflege zu allen Partnern der Integrierten Versorgung. Der Casemanager soll Ansprechpartner sein, für die Versicherten ebenso wie für die Leistungserbringer. Dies geschieht meist in Form von Terminabsprachen, aber auch Fallbesprechungen mit den Vertragspartnern. Alle teilnehmenden Parteien verpflichten sich, am Qualitätsmanagement mitzuwirken. So halten die Leistungserbringer den Therapieverlauf in verbindlich vorgegebenen Dokumentationsbögen fest oder die Teilnehmer erklären sich zu Vor- und Nachbefragungen bereit. Innerhalb der IV Sucht erfolgt dann eine wissenschaftlich fundierte Auswertung. Alle erfassten Daten werden an

---

<sup>22</sup> Internes Konzept-IV-SG 2005 Variante 2 der IKK Nord

<sup>23</sup> ebenda

den Casemanager übermittelt, der dann für deren Erfassung und Evaluation verantwortlich ist.

Ziele der Vereinbarung sind weiterhin:

- Vermeidung von Qualitätseinbußen als Folge von Schnittstellen
- Spezialisierte Versorgung einschließlich der ambulanten Entgiftung sowie der suchtspezifischen medikamentösen Versorgung
- langfristige und koordinierte Nachsorge
- Festigung der Therapieergebnisse
- Einbeziehung von weiteren Leistungserbringern wie Beratungsstellen oder Sozialdiensten

### **3.2.3 Teilnehmerentwicklung der IV Sucht**

Bis zum Stichtag der aktuellsten Auswertung, dem 28.02.2011, haben insgesamt 286 Versicherte an der Integrierten Versorgung Sucht teilgenommen. Bis zu diesem Zeitpunkt haben 120 Teilnehmer das Programm beendet, entweder regulär nach zwei Jahren, auf freiwilliger Basis oder sie wurden aufgrund von fehlenden Rückmeldungen aus dem Programm genommen. Von diesen Teilnehmern haben bisher 60 Personen das Programm regulär beendet. Weitere 60 Personen haben die IV Sucht aus den verschiedensten Gründen vorzeitig abgebrochen. Ausgeschiedene Teilnehmer haben unter Einhaltung bestimmter Fristen allerdings auch immer die Möglichkeit, sich erneut in die Integrierte Versorgung einzuschreiben. Dieses Angebot haben bisher neun Versicherte genutzt. Drei von ihnen hatten das Programm zu einem früheren Zeitpunkt regulär beendet, sechs brachen vorzeitig ab. Derzeit sind 166 Versicherte in die Integrierte Versorgung Sucht eingeschrieben.

Seit der Einführung des Projektes im Oktober 2006 sind stetig neue Teilnehmer in die Integrierte Versorgung aufgenommen worden. Die Zahlen der Neuaufnahmen schwanken zwischen keinem und fünfzehn neuen Teilnehmern. Im Schnitt werden pro Monat allerdings fünf neue Versicherte in die IV Sucht aufgenommen. Dem gegenüber stehen durchschnittlich zwei Beendigungen pro Monat. Es gibt bei den Neuaufnahmen zum Teil erhebliche Schwankungen, die zum einen wahrscheinlich durch personelle Umstrukturierung und Erweiterung der IV Sucht innerhalb der IKK Nord und zum anderen

auch saisonal erklärt werden könnten. Bei den Beendigungen spielt natürlich eine Rolle, dass erst ab Oktober 2008 die ersten Versicherten das Programm regulär beendeten. Austragungen, die von Seiten der Casemanager durchgeführt werden, weil die Teilnehmer nicht mehr oder noch gar nicht in einer Schwerpunktpraxis vorstellig waren oder auch sonst nicht erreichbar sind, finden meist nach Gesprächsterminen und Rücksprachen in den Schwerpunktpraxen statt. Sie sind daher eher stoßweise.

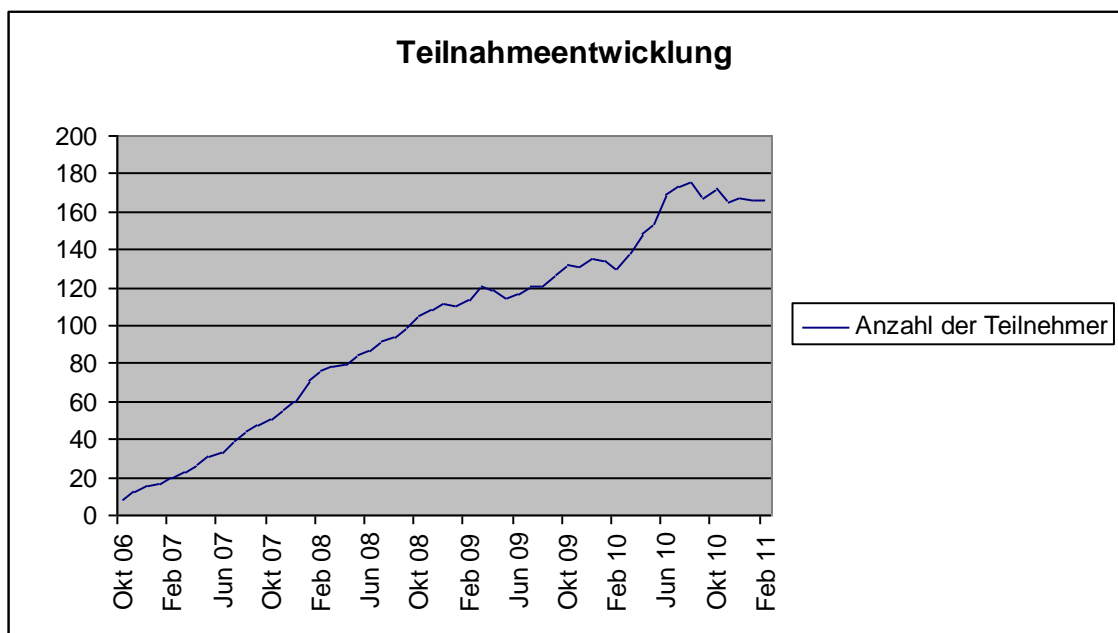


Abbildung 1: Die Teilnahmeentwicklung

	Neuaufnahmen	Beendigungen
2006 (ab Oktober)	16	1
2007	56	11
2008	63	12
2009	49	25
2010	94	62
2011 (bis Februar)	8	9
gesamt	286	120

Tabelle 5: Die Teilnehmerentwicklung

## 4 Evaluation der IV Sucht

### 4.1 Vorgehensweise bei der Evaluation

Im Rahmen des Qualitätsmanagements ist im Konzept des Programms zur Integrierten Versorgung Sucht festgeschrieben, dass der Verlauf von Therapie und Behandlung in einem verbindlich festgelegten Dokumentationsbogen erfasst wird. Diese Evaluationsbögen sollen dann vom Casemanager erfasst und wissenschaftlich fundiert ausgewertet werden.

Die Fragebögen wurden von den Versicherten selbst ausgefüllt. Teilweise wurden sie dabei aber auch von den Casemanagern oder von Leistungserbringern unterstützt. Anschließend erfolgte die systematische Auswertung dieser Daten in Hinblick auf die Kontrolle der Effizienz des Programms „Integrierte Versorgung Sucht“.

Die Dokumentationsbögen werden beim Beitritt in die Integrierte Versorgung Sucht ausgefüllt und bestenfalls erneut nach erfolgreicher Beendigung des Programms nach zwei Jahren. Sollten Versicherte über die zwei Jahre hinaus in der Integrierten Versorgung eingeschrieben bleiben, dann erfolgt trotzdem eine Zwischenbefragung. Sollte ein Versicherter das Programm vorzeitig beenden, ist auch dann eine Nachbefragung vorgesehen. Die Dokumentationsbögen werden von den Versicherten selbst ausgefüllt, teilweise auch mit Unterstützung der Casemanager.

Zum Abschluss meiner Auswertungen lagen für die Erstbefragung bzw. die Ausgangssituation 233 Datensätze vor. Für die Nachbefragung oder in manchen Fällen auch die Zwischenbefragung lagen 71 ausgefüllte Dokumentationsbögen vor.

Für die Auswertung der Fragebögen werden Mittelwert und Median verwendet. Der Median oder Zentralwert ist eine Grenze zwischen zwei Hälften. In der Statistik halbiert der Median eine Verteilung. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, robuster gegenüber Ausreißern, also extrem abweichenden Werten zu sein.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Median>

## 4.2 Auswertung der Erstbefragung

Die Evaluationsbögen sind in die Bereiche Soziale Daten, Qualitätssicherung, Beschwerden, Lebenszufriedenheit und Coping eingeteilt. Für jeden Bereich wurde einzeln eine Auswertung vorgenommen.

### 4.2.1 Soziale Daten

#### 4.2.1.1 Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	männlich	206	88,4	88,4	88,4
	weiblich	27	11,6	11,6	100,0
	gesamt	233	100,0	100,0	

Tabelle 6: Anteil der Männer und Frauen

#### 4.2.1.2 Altersstruktur

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	19-29	22	9,4	9,6	9,6
	30-39	52	22,3	22,7	32,3
	40-49	97	41,6	42,4	74,7
	50-59	54	23,2	23,6	98,3
	60-69	3	1,3	1,3	99,6
	>70	1	,4	,4	100,0
	gesamt	229	98,3	100,0	
fehlend	System	4	1,7		
gesamt		233	100,0		

Tabelle 7: Verteilung der Altersklassen

Die Ergebnisse der Ausgangssituation der Teilnehmer der Integrierten Versorgung Sucht bestätigen deutlich die Risikogruppe der Alkoholkranken, die in vielen Quellen zu finden ist: Männer im Alter zwischen 30 und 59 Jahren. Diese Gruppe stellt im Programm der IKK Nord 81,8 % und somit die absolute Mehrheit der Teilnehmer.

#### **4.2.1.3 Familiäre Situation**

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig    ledig	83	35,6	35,6	35,6
verheiratet/feste Partnerschaft	73	31,3	31,3	67,0
geschieden/getrennt lebend	67	28,8	28,8	95,7
verwitwet	5	2,1	2,1	97,9
keine Angaben	5	2,1	2,1	100,0
gesamt	233	100,0	100,0	

Tabelle 8: Anteile der familiären Situation

Der Familienstand der Teilnehmer ist sehr unterschiedlich. Es herrschen nahezu gleiche Anteile an ledigen, geschiedenen bzw. getrennt lebenden sowie verheirateten bzw. in einer festen Partnerschaft lebenden Versicherten. Alle liegen um die 30 Prozentpunkte. Es ist hier also eindeutig keine spezielle Risikogruppe definierbar.

#### 4.2.1.4 Berufliche Situation

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig    arbeitslos	116	49,8	49,8	49,8
Schule/Ausbildung/Studium/ Umschulung	6	2,6	2,6	52,4
erwerbstätig	56	24,0	24,0	76,4
Beschäftigung nach ALG II- Kriterien	28	12,0	12,0	88,4
Vorruhestand/Rente	19	8,2	8,2	96,6
keine Angaben	8	3,4	3,4	100,0
gesamt	233	100,0	100,0	

Tabelle 9: Die berufliche Situation

Fast 50% der Teilnehmer an der Integrierten Versorgung Sucht sind arbeitslos. Zwar ist Mecklenburg-Vorpommern mit 14,8% das Bundesland mit der statistisch höchsten Arbeitslosenquote und liegt deutlich über dem Bundeswert von 7,9%, dennoch ist der Anteil arbeitsloser Teilnehmer auffallend hoch.<sup>25</sup> Es sind allerdings auch 36,1% der Teilnehmer erwerbstätig oder gehen einer Beschäftigung mit den Kriterien des ALG II nach.

<sup>25</sup> [http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html?year\\_month=201101](http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html?year_month=201101); 10.02.2011; Prozentzahlen für Januar 2011

#### 4.2.1.5 Erstansprache

Ort der Erstansprache

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig Krankenhaus	103	44,2	44,2	44,2
Schwerpunktpraxis Sucht	72	30,9	30,9	75,1
Suchtberatungsstelle	27	11,6	11,6	86,7
Krankenkasse	27	11,6	11,6	98,3
keine Angaben	4	1,7	1,7	100,0
gesamt	233	100,0	100,0	

Tabelle 10: Der Ort der Erstansprache

Erstansprache erfolgte durch:

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig Patienten	60	25,7	25,7	25,7
Institution	172	73,8	73,8	99,6
keine Angaben	1	,4	,4	100,0
gesamt	233	100,0	100,0	

Tabelle 11: Initiative für Erstansprache

Die meisten Teilnehmer werden im Krankenhaus auf die IV Sucht der IKK Nord hingewiesen und schreiben sich daraufhin in das Programm ein. Eine weitere häufig auftretende Form der Vermittlung an die Casemanager der Sozial- und Gesundheitsberatung und damit an das IV Sucht Programm erfolgt über die Schwerpunktpraxen Sucht in Wismar, Rostock, Schwerin und Parchim. Diese arbeiten als Vertragspartner mit der IKK Nord im Rahmen der Integrierten Versorgung zusammen. Die



Initiative für die Erstsprache erfolgt dabei meist über die Institution. In nur knapp 26% der Fälle erfolgt eine Ansprache auf die IV Sucht durch die Patienten selbst.

## 4.2.2 Qualitätssicherung

Ziel der Integrierten Versorgung ist es unter anderem, die Rückfallquote möglichst gering zu gestalten und wiederholte Entwöhnungsbehandlungen zu vermeiden. Daher ist es für die Überprüfung der Effizienz des Projektes wichtig, die Ausgangssituation hinsichtlich der bereits durchgeführten Entzüge zu betrachten.

### 4.2.2.1 Anzahl der Entzüge im letzten Jahr

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig 0	65	27,9	28,8	28,8
1	105	45,1	46,5	75,2
2	36	15,5	15,9	91,2
3	11	4,7	4,9	96,0
4	3	1,3	1,3	97,3
5	2	0,9	0,9	98,2
6	2	0,9	0,9	99,1
12	1	0,4	0,4	99,6
20	1	0,4	0,4	100,0
fehlt	7	3,0		
gesamt	233	100		

Tabelle 12: Anzahl der Entzüge im letzten Jahr

Die Anzahl der Entzüge in den vergangenen 12 Monaten vor Eintritt in die IV Sucht ist sehr unterschiedlich. Während ein Großteil der Teilnehmer keinen oder einen Entzug hatten, haben auch einige Teilnehmer über zehn Entzüge benötigt.

#### 4.2.2.2 Anzahl der Entzüge im letzten Quartal

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	0	101	43,3	44,7	44,7
	1	115	49,4	50,9	95,6
	2	9	3,9	4,0	99,6
	4	1	,4	,4	100,0
	gesamt	226	97,0	100,0	
fehlend	System	7	3,0		
gesamt		233	100,0		

Tabelle 13: Anzahl der Entzüge im letzten Quartal

Im letzten Quartal haben 95,6% der Versicherten keinen oder einen Entzug gemacht, bevor sie der IV Sucht beigetreten sind. Innerhalb dieser Personengruppe hat die Mehrheit allerdings bereits einen Entzug durchlebt. Weitere 4,3% der Teilnehmer haben zwei oder vier Entzüge in den letzten drei Monaten angegeben.

#### 4.2.2.3 Beanspruchte Hilfen

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	0	78	33,5	34,7	34,7
	1	79	33,9	35,1	69,8
	2	46	19,7	20,4	90,2
	3	15	6,4	6,7	96,9
	4	7	3,0	3,1	100,0
	gesamt	225	96,6	100,0	
fehlend	System	8	3,4		
gesamt		233	100,0		

Tabelle 14: Verteilung der Anzahl der Hilfen

Art der Hilfe	Häufigkeit	Prozent
Selbsthilfegruppe	40	16,5
Beratungsstelle	70	28,9
ambulante Therapie	8	3,3
Psychiatrische Klinik oder Abteilung	39	16,1
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	5	2,1
Psychiater/Psychologe	57	23,6
Entwöhnungsbehandlung	23	9,5
gesamt	242	100,0

Tabelle 15: Häufigkeit der Beanspruchung

Im Dokumentationsbogen werden Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, ambulante Therapie, psychiatrische Klinik oder Abteilung, nicht-psychiatrische Krankenhäuser, Psychiater oder Psychologen sowie die Entwöhnungsbehandlung als Möglichkeiten der in Anspruch genommenen Hilfen angegeben. Es wurden von den Teilnehmern 242 Hilfen beansprucht, durchschnittlich 1,09 Hilfen pro Teilnehmer. Tabelle 9 zeigt jedoch, wie viele Hilfen tatsächlich beansprucht wurden. Dabei wird deutlich, dass der Großteil der Teilnehmer vor ihrer Aufnahme lediglich eine oder gar keine Hilfe beansprucht hat.

Am häufigsten genutzt werden laut Befragung Beratungsstellen und Psychiater bzw. Psychologen. Kaum in Anspruch genommen wurden zu Beginn der IV Sucht die nicht-psychiatrischen Krankenhäuser und ambulante Therapien.

#### 4.2.2.4 Aufgetretene Probleme

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	0	51	21,9	22,8	22,8
	1	55	23,6	24,6	47,3
	2	59	25,3	26,3	73,7
	3	31	13,3	13,8	87,5
	4	14	6,0	6,3	93,8
	5	10	4,3	4,5	98,2
	6	3	1,3	1,3	99,6
	7	1	,4	,4	100,0
	gesamt	224	96,1	100,0	
fehlend	System	9	3,9		
gesamt		233	100,0		

Tabelle 16: Verteilung der Anzahl der Probleme

Problembereich	Häufigkeit	Prozent
Familie/Freundeskreis	119	51,1
soziales Umfeld	44	18,9
Schule/Ausbildung/Studium/Umschulung	14	6,0
berufliche Probleme	63	27,0
Wohnungsprobleme	19	8,2
wirtschaftliche Probleme	64	27,5
Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung	2	0,9
Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem	39	16,7
andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme	28	12,0
gesamt	382	

Tabelle 17: Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Problembereiche

Im Evaluationsbogen werden Familie und Freundeskreis, soziales Umfeld, Schule, Ausbildung, Studium und Umschulung, berufliche und wirtschaftliche Probleme, andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme sowie Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung und im Umgang mit dem Rechtssystem als Problembereiche

abgefragt. Insgesamt sind 382 Probleme aufgetreten, also durchschnittlich 1,64 Probleme pro Teilnehmer. Tatsächlich hat etwa ein Viertel der Teilnehmer überhaupt keine Probleme angegeben. Etwa die Hälfte der Versicherten haben ein oder zwei Probleme. Die am häufigsten angegebenen Problembereiche sind Familie und Freundeskreis, berufliche und wirtschaftliche Probleme.

### 4.2.3 Beschwerden

Die Alkoholsucht und ihre Folgeerkrankungen ziehen vielfältige Beschwerden mit sich. Einige spezifische werden auch im Dokumentationsbogen abgefragt.

Beschwerden	Median
Appetitverlust	2,0
Müdigkeit	3,0
Übelkeit	1,0
Magenschmerzen	1,0
Atembeschwerden	1,0
Brustschmerzen	1,0
Gelenk- und Knochenschmerzen	2,0
Muskelschmerzen	1,0
Taubheitsgefühl/Kribbeln	2,0
Zittern/Schütteln	2,0
Angespanntheit	3,0
Schreckhaftigkeit	1,0
Ängstlichkeit	1,0
Nervosität	3,0
Panik	1,0
Hoffnungslosigkeit	2,0
Gefühl der Wertlosigkeit	2,0
Interessenlosigkeit	2,0
Selbstmordgedanken	1,0

Tabelle 18: Mediane der Beschwerden

Die Teilnehmer sollten angeben, ob diese Arten von Beschwerden bei ihnen nie, selten, gelegentlich, oft oder immer auftreten. Bei allen abgefragten Beschwerden überwiegt die Antwort „nie“. Es gibt jedoch deutliche Unterschiede in der Ausprägung der Antworten. Besonders häufig treten die Beschwerden Müdigkeit, Angespanntheit und Hoffnungslosigkeit auf. Besonders selten sind Selbstmordgedanken, Atembeschwerden und Brustschmerzen.

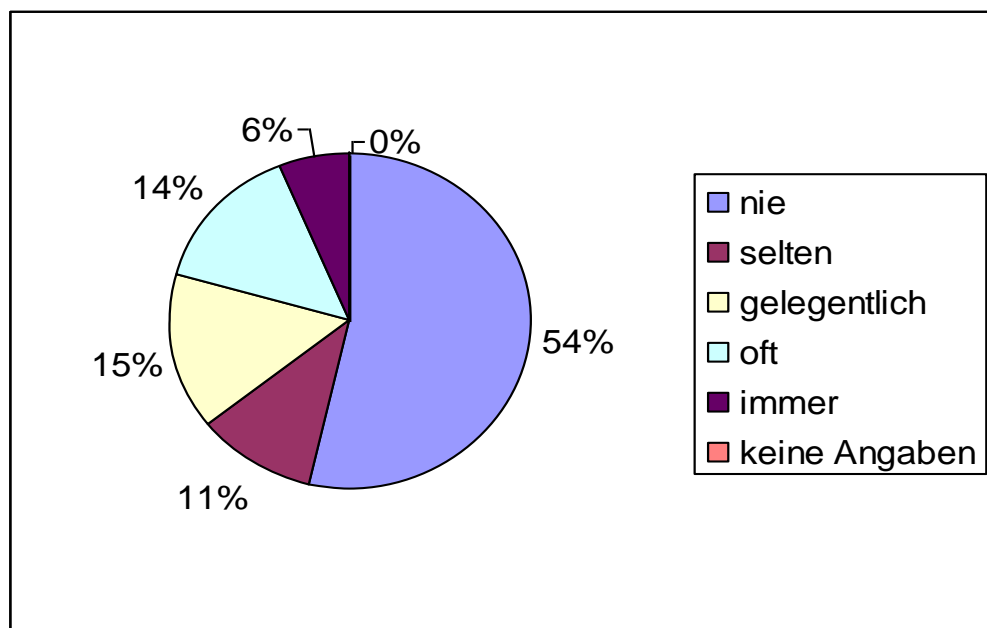


Abbildung 2: Auftreten von Beschwerden

#### 4.2.4 Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit ist die Einschätzung der allgemeinen Lebenslage einer Person durch sie selbst. Es bezieht sich immer auf einen längeren Zeitraum und schließt die Bewertung ganz verschiedener Bereiche wie Beruf, Partnerschaft oder auch Gesundheit ein.<sup>26</sup> Um die

<sup>26</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Lebenszufriedenheit>

Lebenszufriedenheit der Teilnehmer zu erfahren, wurde ein standardisierter Fragebogen nach Fahrenberg angewandt.

Bei der Betrachtung der Lebenszufriedenheit sind acht verschiedene Bereiche zu beurteilen:

- Arbeit/Beruf/Schule
- Ehe/Partnerschaft
- Familie/Kinder
- Freunde/Bekannte
- Freizeit
- Finanzielle Situation
- Wohnsituation
- Gesundheit

Es kann zwischen fünf Stufen unterschieden werden. Wobei Stufe eins „überhaupt nicht zufrieden“ und Stufe fünf „sehr zufrieden“ bedeutet.

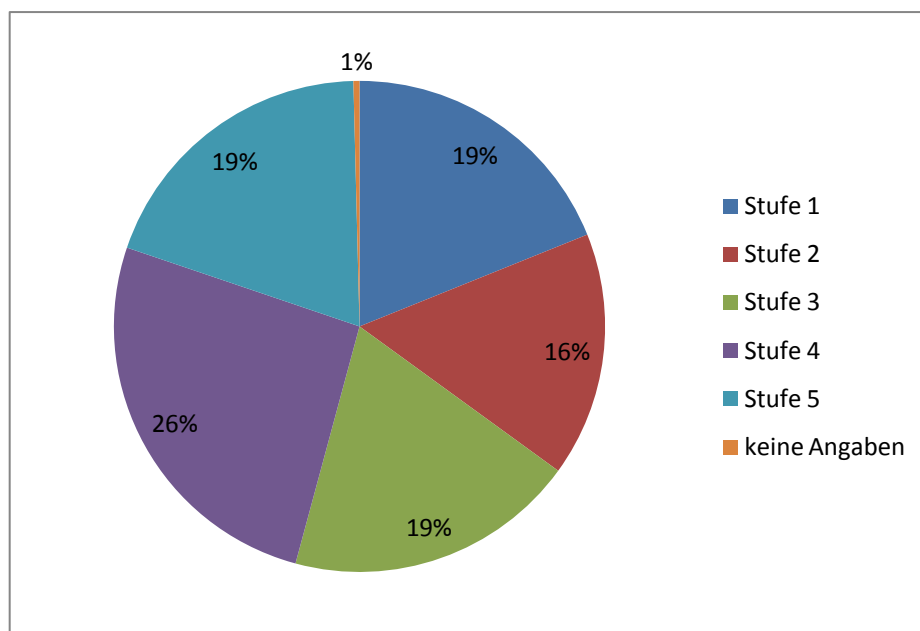


Abbildung 3: Verteilung der Stufen

Die Gesamtzufriedenheit liegt mit einem Mittelwert von 3,1 eher im neutralen Bereich, also sind die Teilnehmer nicht gänzlich zufrieden, aber auch nicht vollkommen unzufrieden. Auch die Verteilung der Stufen bestätigt diese Annahme.

Alle Stufen haben ähnliche prozentuale Anteile. Dennoch überwiegt der Anteil der insgesamt neutral bis zufrieden eingestellten Teilnehmer deutlich. Die Bereiche mit der größten Zufriedenheit sind Familie/Kinder und Wohnsituation. Am wenigsten zufrieden sind die Befragten mit ihrer finanziellen Situation und mit Arbeit/Beruf/Schule.

### 4.2.5 Coping

Die Fähigkeit, Stressoren bzw. Krankheiten zu bewältigen, wird mit dem Ausdruck Coping [...] oder Krankheitsbewältigung umschrieben. Coping kommt vom englischen „to cope“, was „bewältigen“ bedeutet und ist bestimmt durch die inneren Ressourcen einer Person und davon, wie diese Ressourcen erkannt, aktiviert und genutzt werden. Coping beinhaltet Prozesse, die dazu dienen, bereits eingetretene krankheitsbedingte Belastungen und Einschränkungen kognitiv, emotional und durch Handeln auszugleichen und zu meistern.<sup>27</sup>

Im Dokumentationsbogen waren folgende Aussagen einzuschätzen:

Um mit der derzeitigen Lebenssituation fertig zu werden...

- denke ich über meine Probleme nach und versuche sie zu bewältigen.
- unternehme ich alle Anstrengungen.
- setze ich mich mit meinen Problemen auseinander, bis sie gelöst sind.
- unternehme ich geeignete Schritte.
- spreche ich mit anderen darüber.
- suche ich Trost und Zuwendung bei anderen.
- bitte ich andere um Rat.
- lenke ich mich irgendwie ab.
- versuche ich nicht viel darüber nachzudenken.
- denke ich an schöne Dinge.
- hoffe ich, dass sich eine günstigere Gelegenheit ergibt.

<sup>27</sup> <http://www.pflegewiki.de/wiki/Coping>, 10.02.2011



- versuche ich mich zu beruhigen, indem ich etwas esse, rauche, trinke oder Tabletten einnehme.
- schaue ich viel fernsehen.
- denke ich, dass ich sowieso nichts ändern kann.
- hoffe ich, dass sich die Probleme allein erledigen.

Die Befragten konnten sich zwischen den Aussagen „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft kaum zu“, „trifft etwas zu“, „trifft überwiegend zu“, und „trifft genau zu“ entscheiden.

Bei den befragten Teilnehmern ist eine eindeutige Tendenz zum aktiven Coping zu erkennen. Daraus lässt sich eine positive Einstellung zur Therapie erahnen. Die Teilnehmer wollen etwas gegen ihre momentane Situation tun und sind bereit sich Unterstützung durch Dritte zu holen.

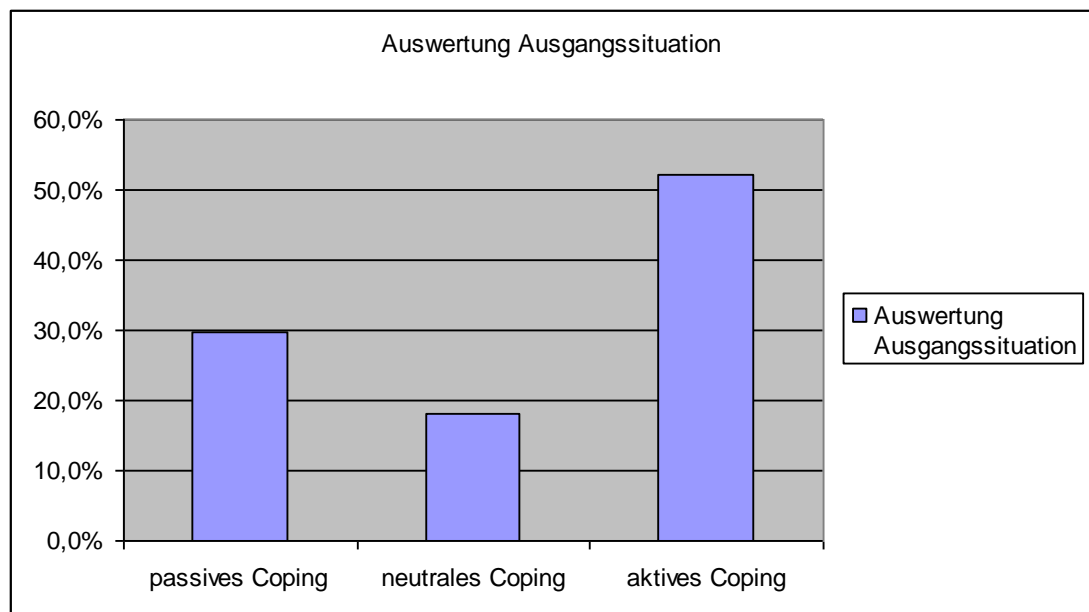


Abbildung 4: Ausgangssituation Coping

## 4.3 Auswertung der Nachbefragung

Zwei Jahre nach der Einschreibung in die Integrierte Versorgung Sucht ist eine Nachbefragung vorgesehen. Planmäßig findet diese mit Beendigung des Programms statt. Es wird jedoch auch eine Befragung durchgeführt, wenn die Teilnehmer über die zwei Jahre hinaus im Programm bleiben. In diesem Fall dient die Befragung als Zwischenfeedback. Sollten Teilnehmer vor Ablauf der zwei Jahre aus den unterschiedlichsten Gründen die Integrierte Versorgung beenden, sollte auch hier eine Nachbefragung durchgeführt werden.

### 4.3.1 Soziale Daten

#### 4.3.1.1 Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	männlich	58	86,6	86,6	86,6
	weiblich	9	13,4	13,4	100,0
	gesamt	67	100,0	100,0	

Tabelle 19: Geschlechterverteilung bei der Nachbefragung

Bis zum Februar 2011 haben 67 Personen die Nachbefragung auswertbar durchgeführt. Der Anteil der männlichen Teilnehmer beläuft sich hier auf 86,6%.

#### 4.3.1.2 Familiäre Situation

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ledig	21	31,3	31,8	31,8
	verheiratet/feste Partnerschaft	16	23,9	24,2	56,1
	geschieden/getrennt lebend	27	40,3	40,9	97,0
	verwitwet	2	3,0	3,0	100,0
	gesamt	66	98,5	100,0	
fehlend	System	1	1,5		
gesamt		67	100,0		

Tabelle 20: Familiäre Situation bei der Nachbefragung

Auch bei den Ergebnissen der Nachbefragung kann man deutlich die Vielfalt der familiären Situationen erkennen, die schon in der Ausgangssituation zu beobachten waren. Der größte Anteil der Teilnehmer ist geschieden oder lebt getrennt. In festen Partnerschaften oder Ehen leben lediglich ein Viertel der Befragten.

#### 4.3.1.3 Berufliche Situation

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	arbeitslos	33	49,3	50,0	50,0
	Schule/Ausbildung/Studium/ Umschulung	4	6,0	6,1	56,1
	erwerbstätig	12	17,9	18,2	74,2
	Beschäftigung nach ALG II- Kriterien	7	10,4	10,6	84,8
	Vorruhestand/Rente	9	13,4	13,6	98,5
	keine Angaben	1	1,5	1,5	100,0
	gesamt	66	98,5	100,0	
fehlend	System	1	1,5		
gesamt		67	100,0		

Tabelle 21: Berufliche Situation bei der Nachbefragung

Die berufliche Situation der Teilnehmer zeigt klare Tendenzen auf. So ist fast die Hälfte der Teilnehmer arbeitslos. Allerdings sind auch knapp 30% erwerbstätig oder gehen einer Beschäftigung nach ALG-II-Kriterien nach. Über ein Zehntel der Befragten sind Rentner oder befinden sich im Vorruhestand, wobei der Großteil erwerbsunfähigkeitsbedingt Rente bezieht. Es handelt sich in den seltensten Fällen um die gesetzliche Altersrente ab 67 Jahren.

## 4.3.2 Qualitätssicherung

### 4.3.2.1 Anzahl der Entzüge im letzten Jahr

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig 0	42	62,7	62,7	62,7
1	11	16,4	16,4	79,1
2	6	9,0	9,0	88,1
3	1	1,5	1,5	89,6
4	3	4,5	4,5	94,0
8	1	1,5	1,5	95,5
9	2	3,0	3,0	98,5
10	1	1,5	1,5	100,0
gesamt	67	100,0	100,0	

Tabelle 22: Entzüge im letzten Jahr vor der Nachbefragung

Die Teilnehmer wurden auch in der Nachbefragung nach ihren Entzügen in den letzten zwölf Monaten gefragt. In 62,7% der Fälle war kein Entzug im letzten Jahr notwendig. Lediglich ein oder zwei Entzüge wurden bei 25,4% der Teilnehmer durchgeführt.

#### 4.3.2.2 Anzahl der Entzüge im letzten Quartal

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	0	55	82,1	82,1	82,1
	1	9	13,4	13,4	95,5
	2	2	3,0	3,0	98,5
	5	1	1,5	1,5	100,0
	gesamt	67	100,0	100,0	

Tabelle 23: Entzüge im letzten Quartal vor der Nachbefragung

In den letzten drei Monaten vor der regulären oder vorzeitigen Beendigung des IV Suchtprogramms bzw. nach zwei Jahren der Teilnahme ist bei fast 83% der Teilnehmer kein Entzug durchgeführt worden. Die restlichen Teilnehmer hatten größtenteils nur einen Entzug im letzten Quartal.

#### 4.3.2.3 Beanspruchte Hilfen

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	0	18	26,9	26,9	26,9
	1	27	40,3	40,3	67,2
	2	12	17,9	17,9	85,1
	3	8	11,9	11,9	97,0
	4	1	1,5	1,5	98,5
	5	1	1,5	1,5	100,0
	gesamt	67	100,0	100,0	

Tabelle 24: Verteilung der Anzahl Hilfen- Nachbefragung

Bei der Nachbefragung stellt sich heraus, dass lediglich 26,9% aller Teilnehmer keine Hilfe in Anspruch genommen haben. Den Großteil machen diejenigen Teilnehmer aus, die eine Hilfe beansprucht haben (40%). Die verbleibenden Versicherten haben zwei bis maximal fünf Hilfen in Anspruch genommen.

Mit jeweils 28,4 % und 25,4% aller in Anspruch genommenen Hilfen sind die Selbsthilfegruppen und Psychiater bzw. Psychologen die am meisten benötigte Unterstützung. Weiterhin verteilt sich die Beanspruchung der einzelnen Hilfen anteilig recht gleichmäßig auf psychiatrische Kliniken oder Abteilungen, Beratungsstellen und Entwöhnungsbehandlungen. Die niedrigsten Beanspruchungszahlen haben die ambulante Therapie und die Krankenhäuser ohne psychiatrische Fachabteilungen.

Art der Hilfe	Häufigkeit	Prozent
Selbsthilfegruppe	19	28,4
Beratungsstelle	11	16,4
ambulante Therapie	6	9,0
psychiatrische Klinik oder Abteilung	11	16,4
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	4	6,0
Psychiater/Psychologe	17	25,4
Entwöhnungsbehandlung	14	20,9

Tabelle 25: Häufigkeit der Beanspruchung

#### 4.3.2.4 Aufgetretene Probleme

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig 0	28	41,8	41,8	41,8
1	21	31,3	31,3	73,1
2	5	7,5	7,5	80,6
3	6	9,0	9,0	89,6
4	2	3,0	3,0	92,5
5	3	4,5	4,5	97,0
6	1	1,5	1,5	98,5
7	1	1,5	1,5	100,0
gesamt	67	100,0	100,0	

Tabelle 26: Anzahl der Probleme- Nachbefragung

Problembereich	Häufigkeit	Prozent
Familie/Freundeskreis	16	23,9
soziales Umfeld	12	17,9
Schule/Ausbildung/Studium/Umschulung	3	4,5
berufliche Probleme	19	28,4
Wohnungsprobleme	6	9,0
wirtschaftliche Probleme	16	23,9
Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung	1	1,5
Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem	2	3,0
andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme	8	11,9

Tabelle 27: Häufigkeit der Problembereiche

In der Nachbefragung ist zu erkennen, dass die Mehrheit der Teilnehmer keine schwerwiegenden Probleme in den abgefragten Problembereichen innerhalb der vergangenen zwölf Monate vor der Befragung hatte. Etwa 30% der Versicherten hatten lediglich ein Problem. Beide Personengruppen machen den Großteil der Befragten aus. Die verbleibenden Teilnehmer haben zwischen zwei und maximal sieben Probleme.

Der am häufigsten genannte Problembereich sind die beruflichen Probleme. Weitere häufig genannte Problemfelder sind wirtschaftliche Probleme und Familie und Freundeskreis. Kaum Nennungen fielen auf die Bereiche Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem und Schule/Ausbildung/Beruf/Umschulung. Wobei in Bezug auf letzteren Problembereich anzumerken ist, dass nur wenige Teilnehmer zu der Personengruppe gehören, für die dieser Bereich von Bedeutung ist. In dieser beruflichen Situation befinden sich lediglich vier Teilnehmer. Es haben aber auch drei Teilnehmer Probleme in Schule/Ausbildung/Beruf/Umschulung angegeben. Hier scheint trotz des geringen Anteils bei der Häufigkeit des Auftretens aller Probleme für die betroffenen Teilnehmer ein hohes Problem – und Konfliktpotenzial vorzuliegen. Nur ein Problem ist im Bereich Zugang zur Krankenversorgung aufgetreten. Mit diesem Problembereich ist die Zufriedenheit bzw. sind die Probleme direkt mit der IKK Nord gemeint. Hier haben die Teilnehmer der IV Sucht eindeutig die geringste Problemquelle.

### 4.3.3 Beschwerden

Beschwerden	Median
Appetitverlust	1,0
Müdigkeit	3,0
Übelkeit	1,0
Magenschmerzen	1,0
Atembeschwerden	1,0
Brustschmerzen	1,0
Gelenk- und Knochenschmerzen	3,0
Muskelschmerzen	1,5
Taubheitsgefühl/Kribbeln	2,0
Zittern/Schütteln	1,0
Angespanntheit	2,0
Schreckhaftigkeit	1,5
Ängstlichkeit	1,0
Nervosität	2,5
Panik	1,0
Hoffnungslosigkeit	1,0
Gefühl der Wertlosigkeit	1,0
Interessenlosigkeit	1,0
Selbstmordgedanken	1,0

Tabelle 28: Mediane der Beschwerden- Nachbefragung

Über die Hälfte aller Teilnehmer hat nach Abschluss der IV Sucht keine Beschwerden. Weitere 28% haben lediglich selten oder gelegentliche Beschwerden wie Schmerzen verschiedenster Art oder auch Empfindungsstörungen. Nur 16% der befragten Teilnehmer haben oft oder sogar immer Beschwerden. Diese Angaben beziehen sich lediglich auf das Allgemeinbefinden. In der Betrachtung der einzelnen Datensätze ist deutlich zu erkennen, dass einige Teilnehmer keine und einige sehr deutliche Beschwerden aufweisen. Besonders häufig sind Beschwerden in Form von Schmerzen des Bewegungsapparates.



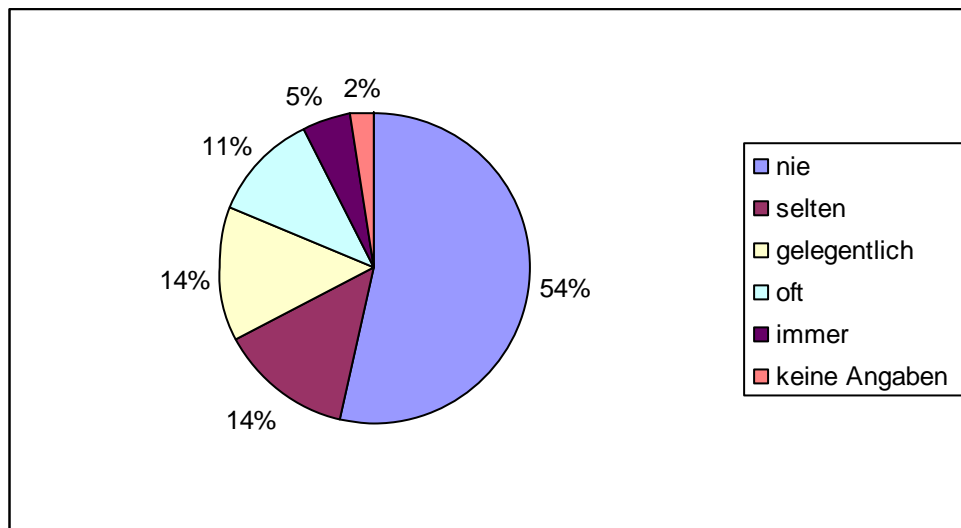


Abbildung 5: Häufigkeit der Beschwerden

#### 4.3.4 Lebenszufriedenheit

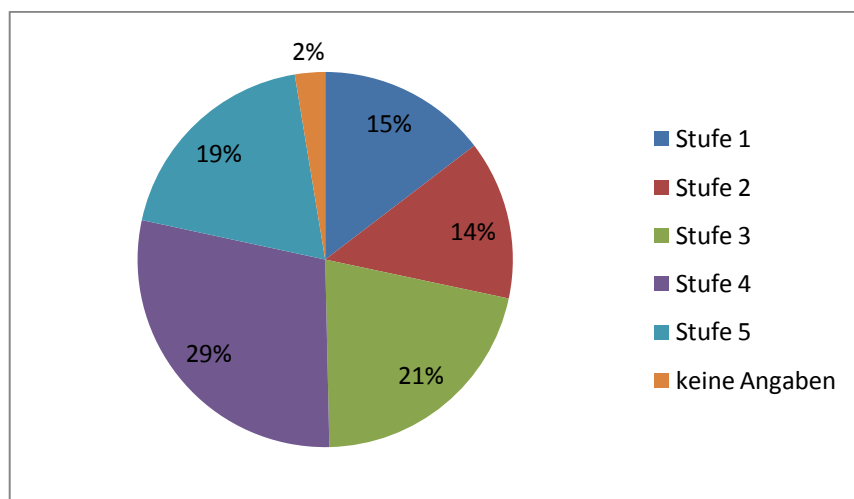


Abbildung 6: Anteile der Stufen- Nachbefragung

Die Zufriedenheit der Teilnehmer bei der Nachbefragung hat eine eindeutige Tendenz zum Positiven. Die Zufriedenheitsstufen vier und fünf, die die beiden höchsten Stufen bilden, nehmen fast die Hälfte aller Nennungen ein. Die neutrale Stufe drei hat insgesamt

einen Anteil von 21 % aller Nennungen. Somit fallen auf die eher negativen Stufen eins und zwei lediglich etwa ein Viertel aller Antworten. Im Großen und Ganzen ist die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer der Integrierten Versorgung Sucht als positiv zu bewerten.

Besonders hohe Werte erreichen die Bereiche Familie und Kinder bzw. Ehe und Partnerschaft.

### 4.3.5 Coping

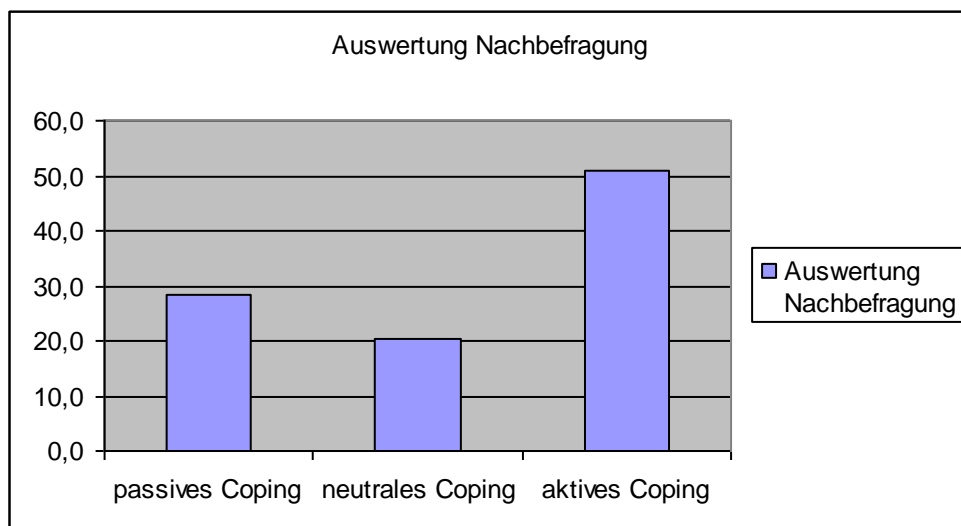


Abbildung 7: Die Verteilung des Coping

Auch in der Nachbefragung wird deutlich, dass die Teilnehmer etwas für sich tun wollen und gegen die momentane Situation ankämpfen. Über 50 % der Befragten haben ein aktives Coping. Diese Zahlen werden auch durch die zufriedenstellende Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen (Abschnitt 4.3.2.3) belegt.

## 4.4 Direkter Vergleich

Der direkte Vergleich macht es möglich, die Effizienz des Programms Integrierte Versorgung Sucht qualifiziert einzuschätzen. In diese Auswertungen wurden nur diejenigen Dokumentationsbögen von Versicherten einbezogen, bei denen sowohl eine Erstbefragung als auch eine Nachbefragung durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich um 67 Paar zusammengehörige Datensätze. Die Abweichungen hängen damit zusammen, dass einige Teilnehmer keine Erstbefragung ausgefüllt haben. Zwar ist die Bearbeitung der Bögen durch die Teilnehmer obligatorisch vorgesehen, es wurde jedoch mit Rücksicht auf einige Versicherte und deren psychischen und physischen Zustand auf eine Befragung verzichtet.

### 4.4.1 Soziale Daten

#### 4.4.1.1 Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent
gültig	männlich	57	86,4
	weiblich	9	13,6
	gesamt	66	100,0

Tabelle 29: Geschlechterverteilung im direkten Vergleich

Wie in allen vorherigen Betrachtungen bilden die männlichen Teilnehmer auch im direkten Vergleich von Ausgangssituation und Nachbefragung die deutliche Mehrheit. Durch die geringe Teilnehmerzahl bei den Frauen ist zu erklären, dass ein Drittel aller jemals teilnehmenden Frauen bereits in dieser Auswertung erfasst sind.

#### 4.4.1.2 Altersstruktur

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	19-29	3	4,5	4,7	4,7
	30-39	15	22,7	23,4	28,1
	40-49	31	47,0	48,4	76,6
	50-59	14	21,2	21,9	98,4
	60-69	1	1,5	1,6	100,0
	gesamt	64	97,0	100,0	
fehlend	System	2	3,0		
gesamt		66	100,0		

Tabelle 30: Altersstruktur im direkten Vergleich

Nahezu die Hälfte aller Befragten im direkten Vergleich befindet sich in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren. Die kleinste Gruppe bildet die Altersklasse 60 bis 69 Jahre.

#### 4.4.1.3 Familiäre Situation

		<u>vorher</u>		<u>nachher</u>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
gültig	ledig	17	25,8	21	31,3
	verheiratet/feste Partnerschaft	20	30,3	16	23,9
	geschieden/getrennt lebend	27	40,9	27	40,3
	verwitwet	2	3,0	2	3,0
	keine Angaben			1	1,5
	gesamt	66	100,0	67	100,0

Tabelle 31: Familiäre Situation im direkten Vergleich

Die familiäre Situation der befragten Teilnehmer hat sich im Vergleich zur Ausgangssituation nicht grundlegend geändert. Die Werte der geschiedenen oder getrennt lebenden sowie die der verwitweten Teilnehmer sind identisch. Es ist lediglich eine Verschiebung der Teilnehmer mit fester Partnerschaft zu „ledig“ erfolgt. Die Tendenz,

die bei der Betrachtung der reinen Nachbefragung auftrat, dass es mehr geschiedene oder getrennt lebende Teilnehmer gibt als zu Beginn des Programms, hat sich im direkten Vergleich nicht bestätigt.

#### 4.4.1.4 Berufliche Situation

		<u>vorher</u>		<u>nachher</u>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
gültig	arbeitslos	32	48,5	33	49,3
	Schule/Ausbildung/Studium/ Umschulung			4	6,0
	erwerbstätig	16	24,2	12	17,9
	Beschäftigung nach ALG II- Kriterien	14	21,2	7	10,4
	Vorruhestand/Rente	4	6,1	9	13,4
	keine Angaben			1	1,5
	gesamt	66	100,0	66	100,0

Tabelle 32: Berufliche Situation im direkten Vergleich

Die berufliche Situation der Teilnehmer hat sich im Gegensatz zum Familienstand etwas mehr verändert. Die Zahl der Arbeitslosen ist in etwa gleich. Vier Teilnehmer befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Ausbildung oder Umschulung, was während der Ausgangsbefragung auf keinen Teilnehmer zutraf. Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich um ein Viertel verringert, während sich die Zahl der Rentner verdoppelt hat. Auch die Zahl der Beschäftigten nach den Kriterien des Arbeitslosengeldes II sind weniger geworden. Es ist also anzunehmen, dass hier eine Verschiebung hin zur Rente bzw. zum Vorruhestand erfolgte.

## 4.4.2 Qualitätssicherung

### 4.4.2.1 Entzüge im letzten Jahr

<i>vorher</i>				<i>nachher</i>		
		Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
gültig	0	20	30,3	0	42	62,7
	1	26	39,4	1	11	16,4
	2	8	12,1	2	6	9,0
	3	6	9,1	3	1	1,5
	4	1	1,5	4	3	4,5
	5	2	3,0	8	1	1,5
	6	1	1,5	9	2	3,0
	20	1	1,5	10	1	1,5
	gesamt	65	98,5	gesamt	67	100,0
fehlend	System	1	1,5			
gesamt		66	100,0			

Tabelle 33: Entzüge in den letzten 12 Monaten

Die Anzahl der benötigten Entzüge ist ein Indiz für den Erfolg im Kampf gegen die Abhängigkeit. Während zu Beginn der Teilnahme nur 30 % der Befragten keinen Entzug durchführen mussten, haben bei der Nachbefragung über 62 % keinen Entzug machen müssen. Diese Angabe hat sich demnach mehr als verdoppelt und lässt somit auf einen Erfolg des Konzeptes der IV Sucht schließen.

#### 4.4.2.2 Entzüge im letzten Quartal

<u>vorher</u>				<u>nachher</u>		
		Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
gültig	0	37	56,1	0	55	82,1
	1	25	37,9	1	9	13,4
	2	3	4,5	2	2	3,0
	gesamt	65	98,5	5	1	1,5
fehlend	System	1	1,5	gesamt	67	100,0
gesamt		66	100,0			

Tabelle 34: Vergleich der Entzüge im letzten Quartal

Bei der Befragung zum letzten Quartal geben sowohl bei der Anfangs- als auch bei der Nachbefragung rund 95 % der Teilnehmer an, einen oder keinen Entzug gemacht zu haben. Die Verteilung zu den jeweiligen Antworten verschiebt sich allerdings immens. Während das Verhältnis zu Beginn der IV Sucht bei 56% zu 38% lag, ist es bei der Nachbefragung mit 82% zu 13% angegeben worden. Es ist also zu erkennen, dass deutlich weniger Entzüge von den Teilnehmern durchgeführt werden mussten. Dies ist nicht nur eine positive Entwicklung für die Versicherten selbst, sondern auch im Hinblick auf die durch die Entzugsbehandlung entstehenden Kosten für die Krankenkasse und im Umkehrschluss für das Gesundheitssystem.

#### 4.4.2.3 Beanspruchte Hilfen

<u>vorher</u>				<u>nachher</u>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
gültig	0	20	30,3	18	26,9
	1	24	37,9	27	40,3
	2	12	18,2	12	17,9
	3	3	4,5	8	11,9
	4	4	6,1	1	1,5
	gesamt	64	97,0	66	100,0
fehlend	System	2	3,0	0	0
gesamt		66	100,0	66	100,0

Tabelle 35: Beanspruchte Hilfen im direkten Vergleich

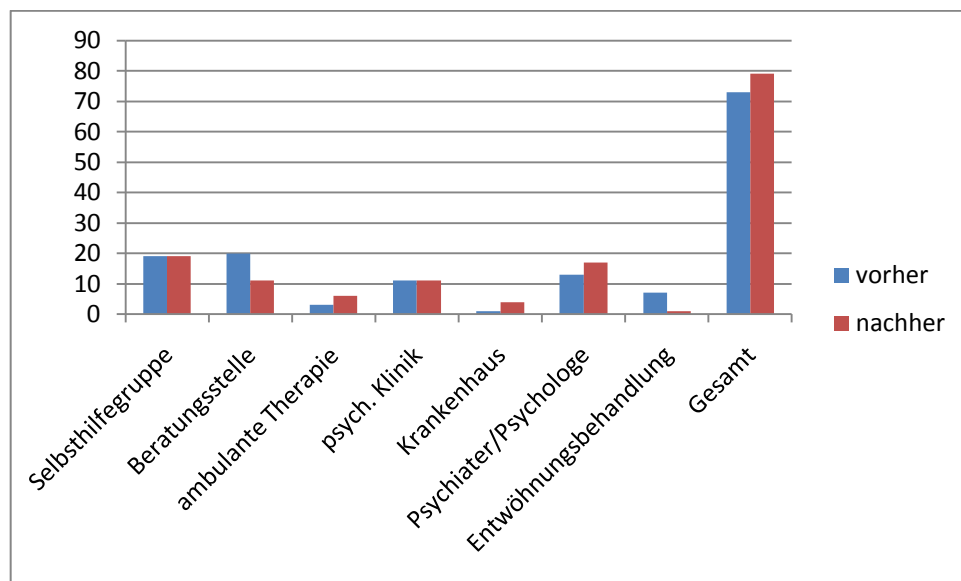


Abbildung 8: Beanspruchte Hilfen im direkten Vergleich

Es ist zu erkennen, dass die Teilnehmer während ihrer Zeit in der IV Sucht mehr Hilfen in Anspruch genommen haben als davor. Die Vermittlung durch die Casemanagager und somit der Zugang zu den regionalen Suchthilfesystemen hat sich an dieser Stelle demnach bewährt. Am häufigsten wurden Selbsthilfegruppen und Psychologen bzw. Psychiater als Hilfe in Anspruch genommen. Bei der Betrachtung welche Hilfen Teilnehmer genutzt haben, die bei der Nachbefragung angaben, keine Entzüge gemacht zu haben, lässt sich kein genauer Trend erkennen. Sie nutzten größtenteils Beratungsstellen und Psychologen. Über 50% der Teilnehmer ohne Entzug in den letzten drei Monaten vor der Befragung nahmen eine oder zwei Hilfen in Anspruch. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hilfen und dem Erfolg des Programms in Form von keinem oder wenigen Entzügen ist nicht zu erkennen. Es werden nicht mehr Hilfen beansprucht. Die Hilfen, die insgesamt am meisten genutzt werden, werden auch von erfolgreichen Teilnehmern überwiegend genutzt. Auffallend ist allerdings, dass die Beratungsstellen in der Nutzung im Vergleich abnehmen (Abb. 8), sie werden von den Teilnehmern ohne Entzüge im letzten Quartal mit 29% aber als die am häufigsten beanspruchte Hilfe angegeben. Eine Vermittlung an Beratungsstellen im Umkreis des Versicherten scheint den erfolgreichen Verlauf der Therapie bzw. des Programmes IV Sucht zu begünstigen.



#### 4.4.2.4 Aufgetretene Probleme

		<i>vorher</i>		<i>nachher</i>	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
gültig	0	15	21,9	28	41,8
	1	15	23,6	21	31,3
	2	14	25,3	5	7,5
	3	10	13,3	6	9,0
	4	5	6,0	2	3,0
	5	3	4,3	3	4,5
	6	1	1,2	1	1,5
	7			1	1,5
	gesamt	63	95,5	67	100,0
fehlend	System	3	4,5	0	0
gesamt		66	100,0	67	100,0

Tabelle 36: Aufgetretene Probleme im direkten Vergleich

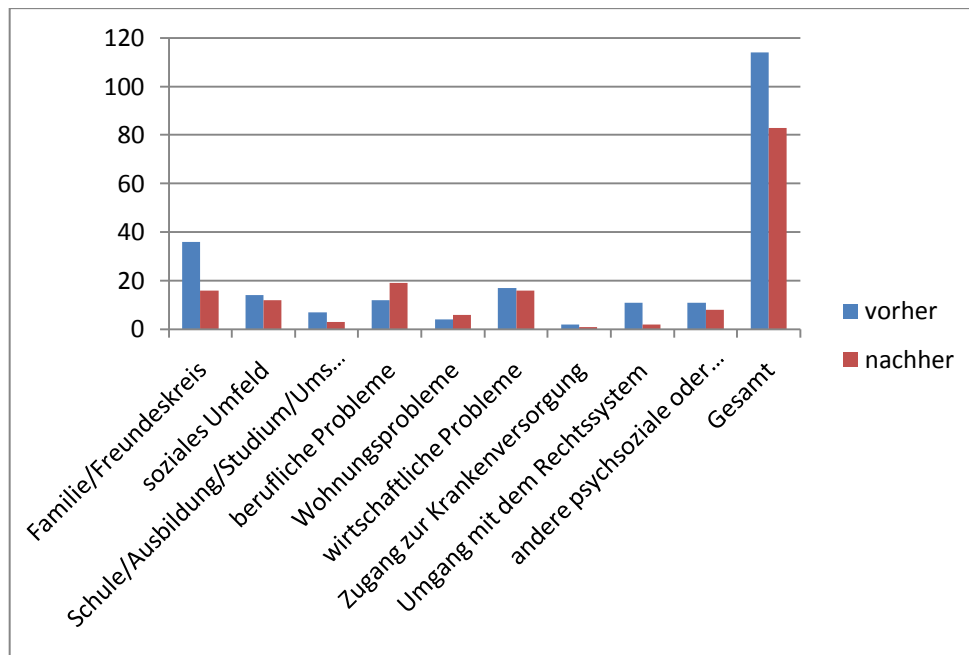


Abbildung 9: Aufgetretene Probleme im direkten Vergleich

Recherchen haben ergeben, dass Partnerschaftsprobleme, chronischer Stress und kritische Lebensereignisse Indikatoren für ein erhöhtes Rückfallrisiko von trockenen Alkoholikern sind.<sup>28</sup> Aufgrund dieser Erkenntnisse kann es als sehr positiv gewertet werden, dass sich die Anzahl der Probleme aller Teilnehmer insgesamt deutlich verringerte. Das ist besonders beim Problembereich „Familie und Freundeskreis“ spürbar. In fast allen untersuchten Bereichen ist die Häufigkeit des Auftretens der Probleme zurückgegangen. Lediglich die beruflichen Probleme und die Wohnungsprobleme haben einen Zuwachs zu verzeichnen. Die Anzahl der Teilnehmer, die angegeben haben im vergangenen Jahr keine Probleme in den abgefragten Bereichen gehabt zu haben, hat sich nahezu verdoppelt. Über 70% der Teilnehmer gaben an, dass sie keine oder nur Probleme in einem Bereich hatten. Aus Sicht der Krankenkasse ist weiterhin erfreulich, dass der Problembereich „Zugang zur Krankenversorgung“, also Probleme direkt die IKK Nord betreffend, nur einmal als solcher genannt wird. Die Befragten sehen hier das geringste Problempotenzial.

#### 4.4.3 Beschwerden

Beschwerden	Median vorher	Median nachher	Veränderung
Appetitverlust	2,0	1,0	↑
Müdigkeit	3,0	3,0	=
Übelkeit	1,0	1,0	=
Magenschmerzen	1,0	1,0	=
Atembeschwerden	1,0	1,0	=
Brustschmerzen	1,0	1,0	=
Gelenk- und Knochenschmerzen	2,0	3,0	↓
Muskelschmerzen	1,0	1,5	↓
Taubheitsgefühl/Kribbeln	1,0	2,0	↓

<sup>28</sup> [www.fh-schmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit\\_chronischer\\_Stress\\_psychische\\_und\\_interpersonale\\_Probleme\\_bei\\_trockenen\\_Alkoholikern.pdf](http://www.fh-schmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit_chronischer_Stress_psychische_und_interpersonale_Probleme_bei_trockenen_Alkoholikern.pdf) 27.06.11

Zittern/Schütteln	2,0	1,0	↑
Angespanntheit	3,0	2,0	↑
Schreckhaftigkeit	2,0	1,5	↑
Ängstlichkeit	1,0	1,0	=
Nervosität	3,0	2,5	↑
Panik	1,0	1,0	=
Hoffnungslosigkeit	1,5	1,0	↑
Gefühl der Wertlosigkeit	2,0	1,0	↑
Interessenlosigkeit	1,0	1,0	=
Selbstmordgedanken	1,0	1,0	=

Tabelle 37: Vergleich der Mediane

Um die Angaben für die Beschwerden zu vergleichen, wurden die Mediane der einzelnen Bereiche herangezogen. Die Häufigkeit der Beschwerden, die von den Teilnehmern eingeschätzt werden sollte, wurde mit den Zahlen eins bis fünf belegt, wobei eins „nie“ bedeutet und fünf „immer“. Ein hoher Median bedeutet demnach auch ein häufiges Auftreten der Beschwerden.

Im Vergleich zwischen Ausgangssituation und Nachbefragung sind einige Beschwerden deutlich zurückgegangen, andere dagegen haben zugenommen. Während die meisten Verbesserungen sich auf psychische Beschwerden beziehen, erfolgte die Zunahme der Beschwerden meist bei Schmerzen des Bewegungsapparates. Die Zunahme der Beschwerden kann zum einen wirklich die tatsächliche Situation widerspiegeln, zum anderen kann aber auch eine zu positive Bewertung der Ausgangssituation seitens der Versicherten zu diesem Ergebnis führen. Der durch die Alkoholkrankheit bedingte teilweise Verlust des Körpergefühls und Verdrängungsreaktionen können die Aussagekraft der Erstbefragung mildern. Dennoch kann man von einer positiven Wirkung des Programms auf die Beschwerden der Teilnehmer sprechen.

Einige Verschlechterungen sind durch die Altersstruktur der Teilnehmer zu erklären. So ist es durchaus im Vorfeld anzunehmen, dass Beschwerden wie Gelenk- und Knochenschmerzen oder auch Muskelschmerzen im Verlauf der zwei Jahre zunehmen.

#### 4.4.4 Lebenszufriedenheit

	Prozent vorher	Prozent nachher
Stufe 1	18,9	14,6
Stufe 2	16,1	13,7
Stufe 3	19,2	21,3
Stufe 4	26,0	28,7
Stufe 5	19,4	19,0
keine Angaben	0,4	2,6

Tabelle 38: Anteile der Stufen

Auch bei der Lebenszufriedenheit kann man den Erfolg des Projektes erkennen. In allen Lebensbereichen konnte der Median bestätigt oder sogar gesteigert werden. Eine positive Entwicklung konnte bei der Lebenszufriedenheit in den Bereichen Arbeit und Beruf sowie Partnerschaft verzeichnet werden. Die Mediane der einzelnen Bereiche befinden sich bis auf zwei Ausnahmen, Arbeit/Beruf und Finanzen, in den zufriedenen Stufen. Die Zahlen für die Lebenszufriedenheit bestätigen die positive Entwicklung im privaten Bereich der Teilnehmer, die schon durch die rückläufigen Problemfälle zu errahnen war. Andere Lebensbereiche, die nicht in der Form zufriedenstellend sind, können kompensiert werden. Das scheinbar geordnete Privatleben kann den weiteren Verlauf der Therapie und das Abstinenzverhalten positiv beeinflussen.

In der Verteilung der einzelnen Stufen kann man auch erkennen, dass der Anteil von Stufe 1 und Stufe 2, also die niedrigsten Zufriedenheiten, deutlich gesunken ist. Allerdings hat Stufe 5, also die höchste Stufe, geringfügige Verluste zu verzeichnen.

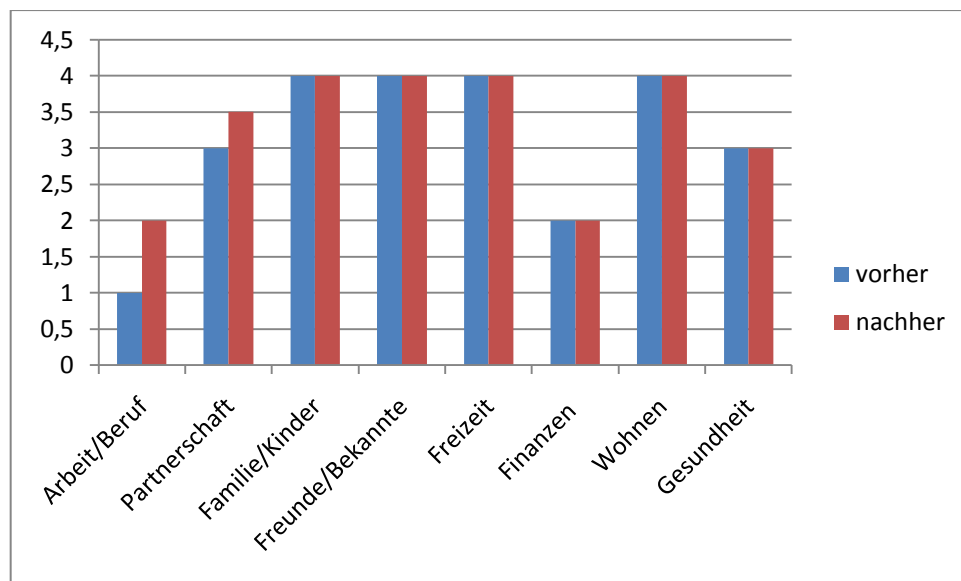


Abbildung 10: Vergleich der Mediane

#### 4.4.5 Coping

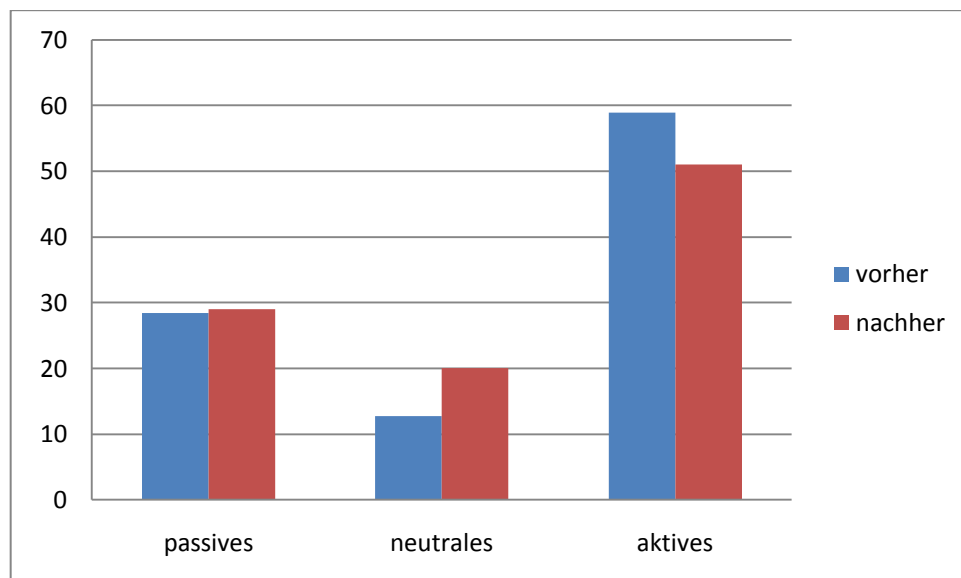


Abbildung 11: Entwicklung Coping in Prozent

Beim Coping, also der Art mit Problemen oder Schwierigkeiten umzugehen, ist zu erkennen, dass sich eine deutliche Verschiebung vom aktiven Coping zum neutralen Coping vollzogen hat. Während zu Beginn der Teilnahme noch über 60 % eine aktive Bewältigung aufwiesen, sind es bei der Nachbefragung nur noch etwa 50%, was noch immer ein vielversprechendes Ergebnis hinsichtlich des Umgangs mit der Alkoholsucht ist.

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Viele Bereiche in der Suchtmedizin sind nach wie vor unerkannt. So ist in der Forschung z.B. das Thema aktuell, wie sich die Genetik auf die Ausprägung einer Abhängigkeit auswirkt. In anderen Bereichen, wie der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen, gibt es aufgrund methodischer Schwierigkeiten keine gesicherten Erkenntnisse. Die Evaluation der Fragebögen ist daher lediglich als Momentaufnahme in der Auswertung der Effektivität des IV Suchtprogrammes zu betrachten. Es können demnach keine bestimmten Schlussfolgerungen gezogen werden.

Mit den Daten aus den Auswertungen konnte die Ausgangssituation zu Beginn der Integrierten Versorgung genauer definiert werden. Vergleichend konnte dann die Nachbefragung und eine direkte Gegenüberstellung hinzugezogen werden, um die Effektivität der Integrierten Versorgung bewerten zu können. Die Evaluationsbögen sind dabei besonders auf weiche Faktoren wie die Lebenszufriedenheit, Problemreife oder Coping spezialisiert. Verbesserungen in diesen Bereichen sind zu erkennen und lassen eine positive Prognose über die Nachhaltigkeit der Behandlung zu.

In fast allen Bereichen, die im Fragebogen überprüft wurden, konnten Verbesserungen festgestellt werden. Es wurden deutlich weniger Entzüge, sowohl zwölf als auch drei Monate vor der Befragung, durchgeführt. Die Anzahl der Teilnehmer, die keinen Entzug benötigt haben, hat sich mit 62% bei den zwölf Monaten verdoppelt. Ausgehend davon, dass Teilnehmer ohne Entzüge weitestgehend trocken waren, kann von einer guten Quote in Bezug auf die Rückfallproblematik gesprochen werden. Die Beanspruchten Hilfen sind gestiegen und bestätigen die Angaben zum Coping, die aktive Bewältigungsstrategien belegen. Die Anzahl der Probleme insgesamt und auch in den einzelnen Bereichen hat sich deutlich verringert. In Verbindung mit der zunehmenden allgemeinen Lebenszufriedenheit lässt das den Schluss auf eine gefestigte und begünstigende persönliche Situation der Teilnehmer zu. Der einzige Bereich, der neben vielen Verbesserungen auch einige Verschlechterungen aufweist, ist „Beschwerden“. Die Verbesserungen sind überwiegend bei psychischen Beschwerden und die Verschlechterung bei Schmerzen des Bewegungsapparates zu finden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Rahmenbedingungen für eine Therapie sich bei den meisten Teilnehmern verbessert haben. Sei es durch eine gesteigerte Lebenszufriedenheit, weniger Probleme oder auch die Bereitschaft Hilfe anzunehmen.

Fest steht auch, dass die Therapie von Alkoholkranken ein individueller Prozess ist, bei dem die Teilnehmer in der Organisation, nicht aber in der Durchführung von den Casemanagern der Krankenkasse unterstützt werden können. Die Versicherung, also das Programm IV Sucht, kann den geordneten Rahmen bieten und durch die Betreuung der Casemanager immer wieder Impulse geben, Termine wahrzunehmen und Hilfen anzunehmen.

Die IV Verträge werden regelmäßig auf Ihre Zweckmäßigkeit überprüft. Daher kann mithilfe des erarbeiteten Zahlenmaterials besonders im direkten Vergleich die Integrierte Versorgung Sucht im Bereich Ostseeküste als gerechtfertigt bezeichnet werden. Die Auswertungen bieten aber auch Möglichkeiten bei der Planung einer Ausweitung des Projektes oder sind gute Grundlage für Anreize zur Verbesserung. So ist im Hinblick auf die Anzahl der Alkoholiker in Mecklenburg-Vorpommern eine Ausweitung der IV Sucht auf den Großraum Stralsund z.B. sinnvoll. Für die Arbeit der Casemanager ist basierend auf den Auswertungen der Hilfen und der Entzüge eine Vermittlung der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen zu empfehlen. Was die Evaluation auch zeigt, ist dass die Teilnehmer selbst mit der Betreuung durch die IKK zufrieden sind und die IV Sucht als Chance ansehen und größtenteils auch wahrnehmen.

Ausgehend von den steigenden Zahlen zur Entwicklung des Alkoholismus und des Alkoholkonsums, ist davon auszugehen, dass dieses Thema auch zukünftig aktuell sein wird. Diese Arbeit soll jedoch zeigen, dass die Integrierte Versorgung Sucht eine Möglichkeiten ist, mit den Erkrankten umzugehen und für sie gute Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen.



## Literatur

- FH Schmalkalden [http://www.fh-schmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit\\_chronischer\\_Stress\\_psychische\\_und\\_interpersonale\\_Probleme\\_bei\\_trockenen\\_Alkoholikern.pdf](http://www.fh-schmalkalden.de/schmalkaldenmedia/Lebenszufriedenheit_chronischer_Stress_psychische_und_interpersonale_Probleme_bei_trockenen_Alkoholikern.pdf); Stand 27.06.11
- GBE <http://www.gbe-bund.de/glossar/Alkoholkrankheit.html>; 14.09.2010
- Heft 40 – Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt, Berlin Mai 2008
- Hogrefe Testsystem <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infetest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/5b1a11a8070a11d5af890000e87f89ec/hb.htm>; Stand 22.06.2011
- IKK Nord  
Flyer: Sozial- und Gesundheitsberatung-Für Sie, Für Ihre Familie, Für Ihren Betrieb
- Flyer: „Wenn Ihnen bewusst wird: Alkohol schadet mir! Was tun?“
- <http://intranet.ikk-nord.de/typo3/fach-info/integrierte-versorgung-iv/allgemeines-zur-integrierten-versorgung-iv.html#c3299>

[http://www.ikk-nord.de/zusatzleistungen/diagnose-behandlung/integrierte-versorgung.html?no\\_cache=1&sword\\_list%5B0%5D=integrierte&sword\\_list%5B1%5D=versorgung](http://www.ikk-nord.de/zusatzleistungen/diagnose-behandlung/integrierte-versorgung.html?no_cache=1&sword_list%5B0%5D=integrierte&sword_list%5B1%5D=versorgung); Stand 20.04.2011

Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V

internes Konzept-IV-SG 2005 Variante 2 der IKK Nord

Körkel, J./  
Schindler, C

Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das Strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, New York 2003

Pflegewiki

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Coping>, 10.02.2011

Singer, M.V./  
Teyssen, S. (Hrsg.)

Kompendium Alkohol Folgekrankheiten Klinik Diagnostik Therapie  
Springer Verlag Berlin, Heidelberg 2002

Tretter, F.

Suchtmedizin kompakt Suchtkrankheiten in Theorie und Praxis  
Schattauer Stuttgart 2008

Wedler, B.

Schriftreihe der Hochschule Neubrandenburg Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit Reihe C Band 19 Soziale Defizite und unzureichende Lebensbewältigung als Determination der Lebenszufriedenheit alkoholkranker Männer in Ostvorpommern, Dargestellt am Beispiel einer Stichprobe und unter Hinzunahme zweier Referenzgruppen, Neubrandenburg 2004

Wikipedia

<http://de.wikipedia.org/wiki/Lebenszufriedenheit>

## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Plau am See, den 22.07.2011

Katja Groteloh

# Anhang

Evaluationsbögen für die Teilnehmer der IV Sucht

Patientennummer: 01010001



### Qualitätssicherungsbogen

#### Identifikation

Name:

Vorname:

Anschrift

Geburtsdatum (TTMMJJJJ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht (1=männlich; 2=weiblich):

☐

Familienstand

Ledig

☐

Verheiratet / feste Partnerschaft

☐

Geschieden / getrennt lebend

☐

Verwitwet

☐

Keine Angabe

☐

Berufliche Situation

Arbeitslos

☐

Schule / Ausbildung / Studium / Umschulung

☐

Erwerbstätig

☐

Beschäftigung nach den ALG-II-Kriterien

☐

Sonstiges ( Wehrdienst, Zivildienst, Erziehungsurlaub, Hausfrau/mann)

☐

Vorruhestand / Rente

☐

Keine Angaben

☐

Versicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokumentation abgeschlossen am (TTMMJJJJ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Ansprache

Erstansprache erfolgte bei Institution:

Krankenhaus

☐

Rehaklinik

☐

Schwerpunktpraxis Sucht

☐

Suchtberatungsstelle

☐

Krankenkasse

☐

Patientennummer: 01010001



Erstansprache erfolgte durch:

Patienten

Institution

Erstansprache erfolgte am (TTMMJJJJ):

Verdachtsdiagnose

Teilnahmeerklärung abgegeben:

ja

nein

Weitergabe des Bogens an

Krankenhaus

Rehaklinik

Schwerpunktpraxis Sucht

Suchtberatungsstelle

Krankenkasse

Weitergabe erfolgte am (TTMMJJJJ):

Patientennummer: 020100



### Qualitätssicherungsbogen

Wie viel Entzüge hatte der Patient in den letzten 12 Monaten bzw. im letzten Quartal?

In den letzten 12 Monaten

Im letzten Quartal

Wie viele stationäre Krankenhausaufenthalte hatte der Patient in den letzten 12 Monaten?

In den letzten 12 Monaten

Aufnahmegrund

---

---

---

---

---

---

Welche Hilfen hat der Patient in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?

Selbsthilfegruppe

☐

Beratungsstelle

☐

Ambulante Therapie

☐

Psychiatrische Klinik oder Abteilung

☐

Nicht-Psychiatrisches Krankenhaus

☐

Psychiater / Psychologe

☐

Entwöhnungsbehandlung

☐

Welche der folgenden Probleme hatte der Patient in den letzten 12 Monaten?

In der Familie / Freundeskreis

☐

Soziales Umfeld

☐

Schule / Ausbildung / Studium / Umschulung

☐

Berufliche Probleme

☐

Wohnungsprobleme

☐

Wirtschaftliche Probleme

☐

Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung

☐

Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem

☐

Andere psychosoziale oder Umgebungsbedingte Probleme

☐



Patientennummer: 020100

Wie häufig traten bei Ihnen in den vergangenen 4 Wochen folgende Symptome auf?

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk-/Knochenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl / Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern / Schütteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoffungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Wertlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessenlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Lebensbereichen?

	Überhaupt nicht zufrieden			Sehr zufrieden	
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Arbeit / Beruf / Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe / Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie / Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Patientennummer: 020100



Die folgenden Aussagen beziehen sich auf bestimmte Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen.  
Bitte schätzen Sie ein, wie häufig diese Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bei Ihnen auftreten.

	nie	Manch- mal	oft	immer
Wenn es etwas wichtiges zu entscheiden gibt, weiß ich genau was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich anderen Menschen unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin gut in der Lage meine Interessen selbst zu vertreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In beruflichen und privaten Angelegenheiten bin ich erfolgreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht von anderen beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hab ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich blicke voller Zuversicht in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in eine schwierige Situation gerate, vertraue ich auf meine Fähigkeit sie zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich voller Energie und Tatkraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Gesellschaft fühle ich mich etwas unbeholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Stimmung ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein Minderwertigkeitskomplex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in guter körperlicher und seelischer Verfassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt vor, dass ich mich selbst nicht ausstehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass mir alles zu viel ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gelingt mir gut meine Bedürfnisse zu befriedigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich handle nach der Devise, das ich für mein Glück selbst verantwortlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, meine Gedanken bei einer Aufgabe oder Arbeit zu behalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich von anderen einschüchtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>